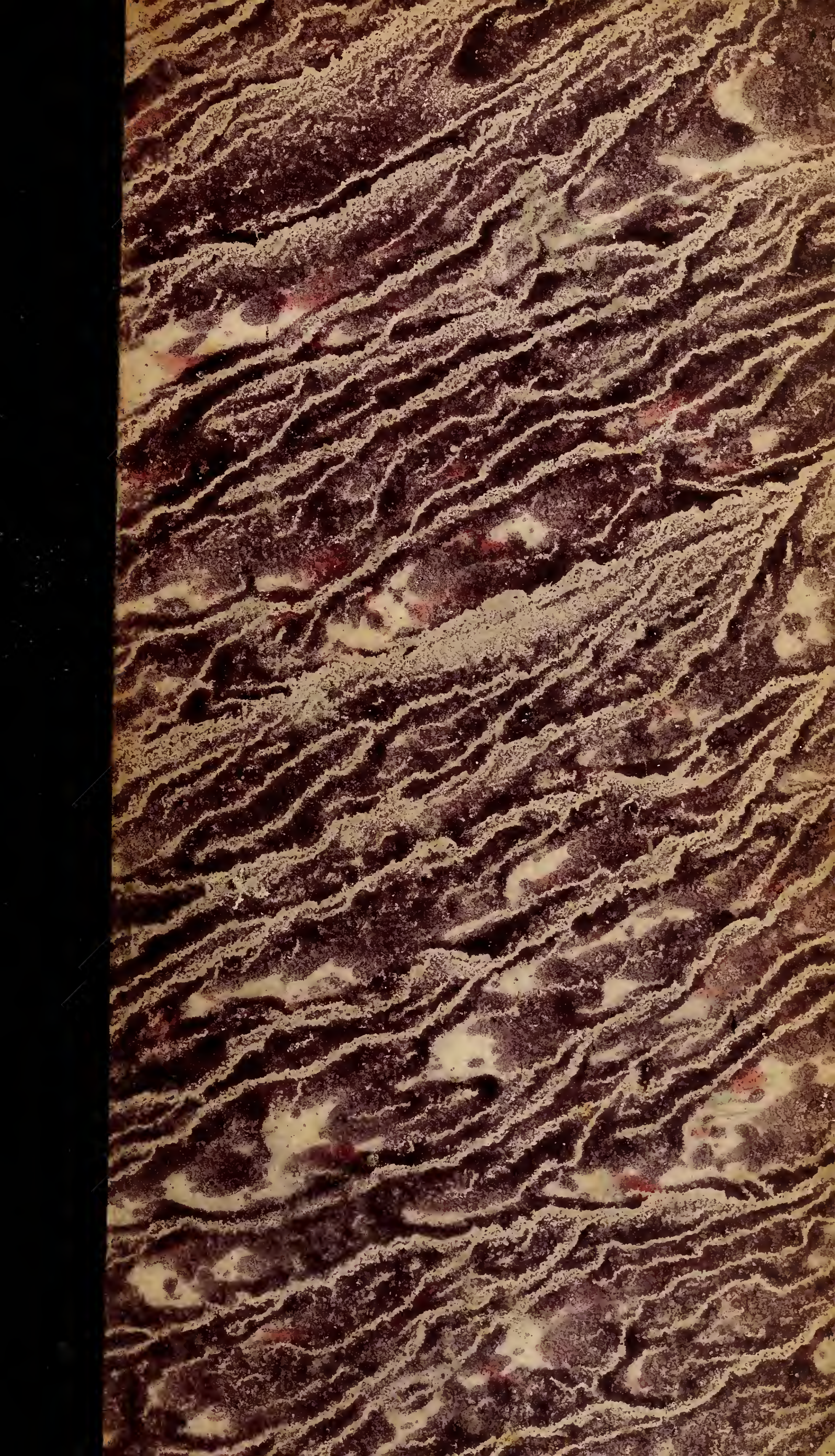
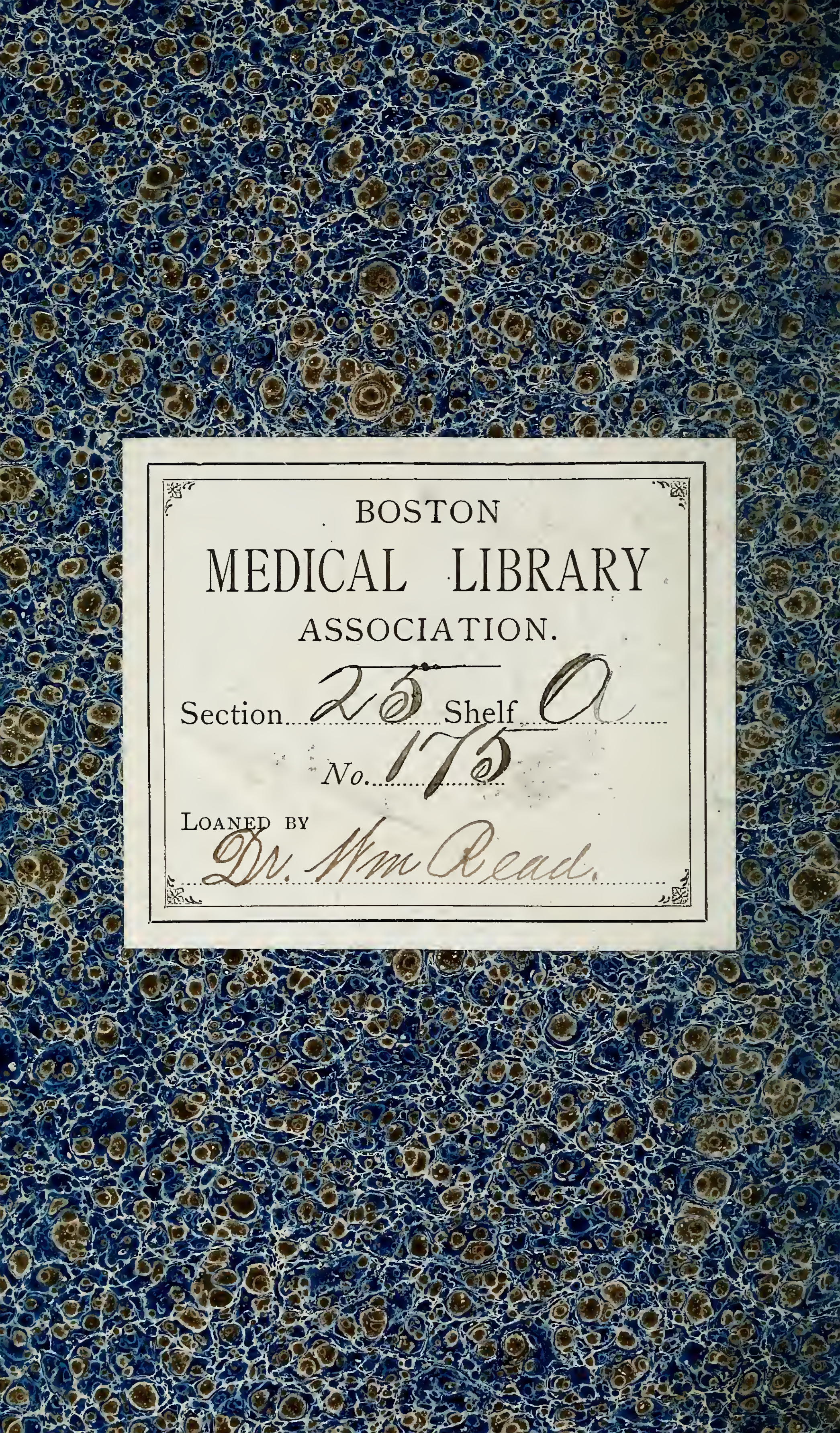
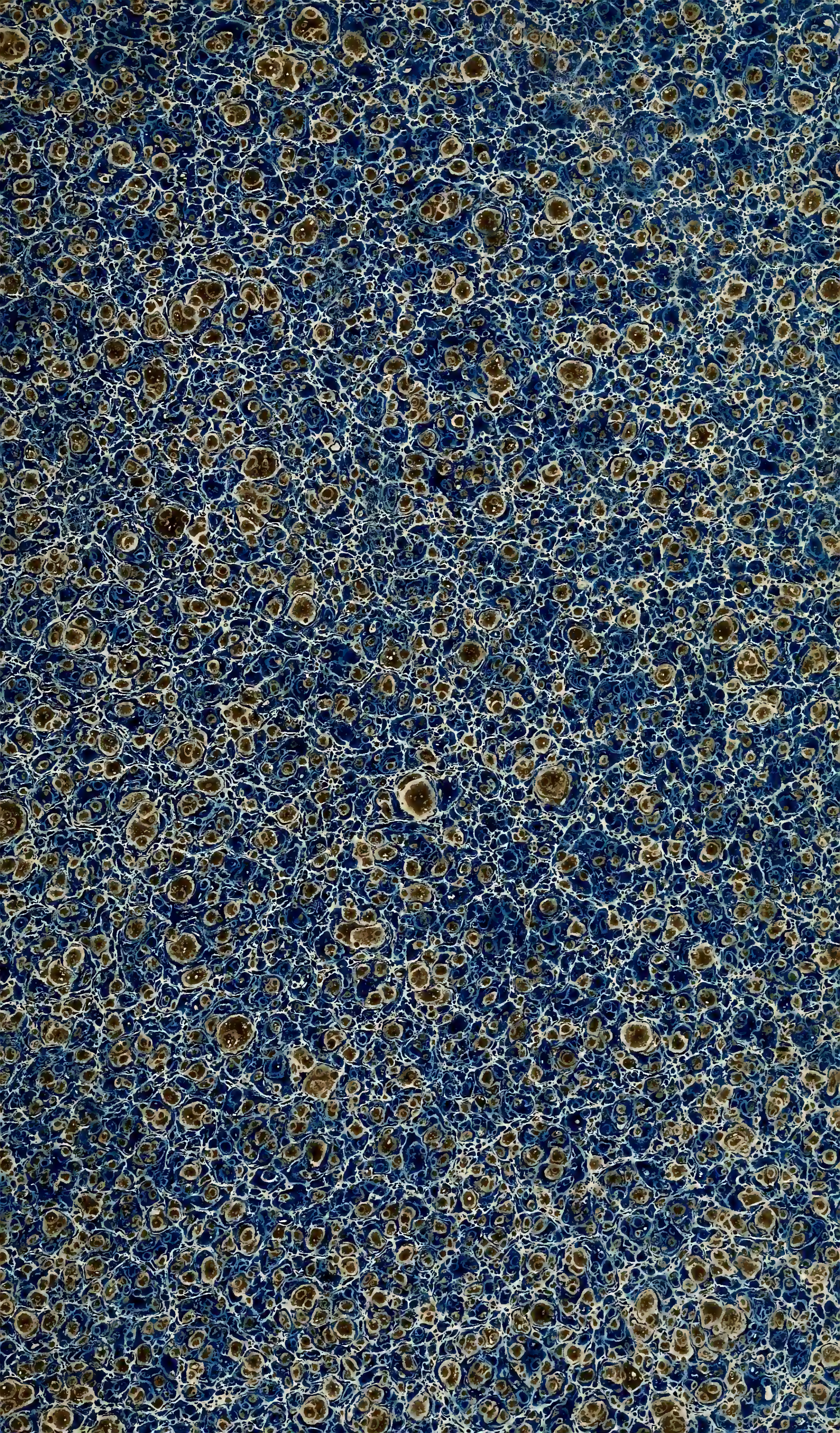










L'ART

DES

ACCOUCHEMENS.

Les exemplaires qui ne seroient pas revêtus de la signature de l'Auteur, seront réputés contrefaits.

DE L'IMPRIMERIE DE MIGNERET,
RUE DU DRAGON, N.° 20.

L'ART

DES

ACCOUCHEMENS,

PAR J. L. BAUDELOCQUE,

Membre des ci-devant Collège et Académie royale de Chirurgie de Paris, professeur à l'Ecole de Médecine, Chirurgien-Accoucheur en chef de l'hospice de la Maternité ; membre des Sociétés de Médecine de Paris, Montpellier, Lyon, Nîmes, Bordeaux, Bruxelles, Anvers ; des Sociétés d'Emulation de Neufchâtel, d'Amiens ; de celles des Accoucheurs de Gottingue, de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse, etc.

SEPTIÈME ÉDITION,

Précédée de l'Eloge de l'Auteur, par M. LEROUX, Doyen de la Faculté de Médecine ; et d'une Notice sur sa vie et ses ouvrages, par M. CHAUSSIER, Médecin en chef de l'hospice de la Maternité.

AVEC FIGURES EN TAILLE-DOUCE.

TOME PREMIER.

PARIS,

LIBRAIRIE MÉDICALE DE CROCHARD,

RUE ET PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N.° 13.

1833.

DISCOURS

PRONONCÉ SUR LA TOMBE

DE M. BAUDELOCQUE,

Le 3 mai 1810,

PAR M. J. J. LEROUX,

Professeur de Clinique interne.

MESSIEURS,

La mort vient de frapper M. *Jean Louis Baudelocque*, âgé de soixante-trois ans et demi, né à Heilly, canton de Corbie, département de la Somme, membre des ci-devant Collége et Académie de Chirurgie, professeur d'accouchemens à la Faculté de Médecine de Paris, professeur de l'hospice de la Maternité, et membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, nationales et étrangères.

En vous entretenant de M. *Baudelocque*, je raconterai des faits, et son éloge sera tracé.

Levret étoit dans la tombe, on avoit perdu *Smellie*; l'Europe entière étoit privée de ses deux plus célèbres accoucheurs. *Solayrès* paroît; il étonne par sa manière d'enseigner les accouchemens, il brille par son génie; mais, comme *Bichat*, il n'est que montré au monde savant..... Consolons-nous de sa perte; *Baudelocque*, son élève et plus encore son ami, s'est pénétré de ses principes, a médité sa doctrine, a saisi le secret de son

art. *Baudelocque* étoit dès lors l'intime ami de *Desault*; il étudioit avec lui : ils ouvroient ensemble, avec un succès prodigieux, cette carrière où *Desault* s'est tant illustré.

Baudelocque eût pu briller dans l'enseignement de l'anatomie, il eût pu prétendre à une grande réputation dans la pratique de la chirurgie ; mais il réunit ces deux parties si essentielles de l'art de guérir, pour les appliquer aux accouchemens.

Il est un exemple frappant de ce que peut un homme qui concentre sur un seul point de la science tout son savoir, tous ses moyens, toute son expérience ; qui en fait l'unique objet de son ambition ; qui lui sacrifie tous ses goûts ; qui lui consacre sa vie entière : oui, M. *Baudelocque*, dans son lit de mort, s'occupoit encore d'un grand ouvrage, fruit d'observations recueillies pendant quarante années. Ses amis ne trouvoient point de plus sûr moyen de le retirer du délire singulier qui s'est manifesté pendant sa dernière maladie, que de fixer ses idées sur un art qu'il avoit exercé avec tant de gloire.

En effet, Messieurs, quel homme a rendu plus de services à ses concitoyens, a versé plus de bienfaits sur l'humanité entière ? S'il n'eût été qu'un habile accoucheur, ceux qui le connoissoient lui payeroient un tribut de reconnoissance; mais que penser de celui qui s'est livré à l'enseignement pendant plus de quarante ans ; qui a joui, jusqu'à son dernier jour, de la réputation du plus savant professeur ; qui a procuré des élèves instruits à toutes les villes de l'Empire, à tous les pays de l'Europe ? Les étrangers affluoient à ses cours, les Souverains entretenoient à Paris des pensionnaires pour suivre les leçons de M. *Baudelocque*. Que penser de celui qui a pris tant de soins pour former des sages-femmes, pour les renvoyer dans les campagnes exercer de vrais talens, d'autant plus précieux qu'il favorisent la population, qu'ils contribuent à conserver la vie aux mères et aux enfans, trop long-temps victimes de l'ignorance et de la maladresse ? Que penser de l'auteur des *Principes des Accouchemens*, espèce de catéchisme par demandes et réponses, dont il y a eu trois éditions : du Traité intitulé : *L'Art des Accouchemens*, dont la qua-

trième édition a paru il y a peu d'années ; de l'auteur de tant de mémoires, de tant de dissertations et rapports, faisant partie de la collection des Mémoires de l'Académie de Chirurgie, ou insérés dans plusieurs Journaux de Médecine ? Ouvrages traduits dans presque toutes les langues de l'Europe, et sur lesquels le jugement, si juste et si favorable des contemporains, est l'annonce de celui que portera la postérité.

Avec tant de titres est-il étonnant que notre confrère ait acquis une réputation que ces hommes dont l'âme est pétrie de fiel et de boue, appeloient *colossale ?* Il en jouissoit de cette réputation acquise par de grands talens, établie sur le jugement équitable de tous les hommes de l'art : il jouissoit d'une fortune que personne n'envioit, parce qu'elle étoit due au mérite : il en jouissoit avec cette simplicité, cette candeur que donne un cœur pur, avec la modestie vraie d'un homme qui sent sa force, avec cette bonté d'âme qui le portoit à répandre ses connoissances, à les partager avec tous ceux qui réclamoient de lui l'instruction.

On pouvoit dire de M. *Baudelocque :* Il est le premier accoucheur, il est un des plus habiles chirurgiens pour les opérations relatives à son art, il est un des plus savans médecins dans les maladies des femmes et des enfans, il est le plus illustre professeur d'accouchemens, il est le meilleur écrivain qui ait traité de cet art qui influe si puissamment sur l'existence des hommes.

Eh bien ! c'est au milieu de ce concours d'hommages que lui rendoient les Français et les étrangers, que la calomnie, qui n'osait point encore attaquer ses talens, l'avoit accusé d'être sévère dans l'exercice de son art, d'aller même jusqu'à une certaine dureté..... Je vous atteste, femmes sensibles qui lui accordiez une confiance méritée ; je vous atteste, vous tous, ses confrères, qui pouvez le juger : vous qui, dans ces momens terribles et doux qui nous procurent le bonheur d'être pères, étiez tranquilles quand vos épouses chéries étoient confiées aux soins de M. *Baudelocque*; peut-on offrir plus de consolations. prouver plus de sensibilité, montrer plus de complaisance et de douceur, avoir plus de gâité franche, que ne faisoit l'homme de mérite que nous regret-

lons, l'ami que pleureront long-temps les femmes qui ont eu l'avantage de le connaître ?

La calomnie ne faisoit que préluder ; c'étoit le murmure sourd, précurseur de l'orage. L'envieux, dont la gloire de M. *Baudelocque* éblouissoit la vue, essaie d'établir sa réputation en attaquant le célèbre professeur ; il veut se délivrer de l'importun sentiment d'admiration qu'il est forcé d'avoir pour lui, et qui fait le malheur de son âme atroce. En vain les tribunaux font justice, le coup est porté; nous en verrons bientôt les funestes effets.

La cause de M. *Baudelocque* est devenue celle de tous les honnêtes gens. Des Princesses illustres, en lui conservant leur confiance, le vengent de l'injure que lui faisoient quelques petits esprits soumis aux préjugés ; il reste l'accoucheur ou le médecin de la reine d'Espagne, de la reine de Hollande, de la reine de Naples, de la grande-duchesse de Toscane, de la duchesse de Guastalla ; il reste celui de toutes les dames de la Cour. La reine de Naples se fait un plaisir de lui attacher elle-même la décoration de l'ordre des Deux-Siciles, qu'avoit portée le Roi son époux. Elle y met tant de bonté, tant de grâces, qu'elle double, qu'elle quadruple aux yeux de notre confrère le prix du bienfait.

Une auguste alliance place sur le trône, à côté de NAPOLÉON, une héritière du nom et des vertus de la maison d'Autriche. M. *Baudelocque* est désigné pour être l'accoucheur de l'Impératrice. Le juge éclairé de tous les genres de mérite et de talens, le père de son peuple, pouvoit-il confier les jours de MARIE-LOUISE, et de ses enfants, à d'autres qu'à M. *Baudelocque*.

Mais l'attentat criminel porté contre notre confrère avoit développé en lui une excessive mobilité nerveuse. Tout faisoit, sur ses organes fatigués, une impression vive et profonde. Depuis long-temps une affection qui avoit son siége dans le cerveau, minoit sa santé, et lui causoit les accidens dont nous avons été témoins. De noirs pressentimens lui annonçoient sa fin prochaine ; il étoit frappé de l'idée d'une mort subite ; il le disoit à sa famille, il le disoit à ses amis. C'est dans ces circonstances qu'il voit se réaliser ce qui étoit l'objet de ses plus ardens désirs.

Sur un homme dont le système nerveux est irritable, le plaisir, comme la peine, peut produire des effets fâcheux. M. *Baudelocque*, au moment où tous ses vœux étoient remplis, éprouve une révolution subite, son affection cérébrale fait une forte explosion ; il est attaqué de la maladie à laquelle il a succombé hier 2 mai.

Il ne me conviendroit pas, Messieurs, de vous entretenir de sa dernière maladie, dans laquelle je lui ai donné des soins assidus avec MM. *Ané* et *Louis Abraham ;* je me permettrai seulement de vous dire que si les talens, si les avis d'un de nos plus illustres confrères, M. *Corvisart*; si les soins assidus de l'amitié ; si les soins encore plus tendres d'une famille au désespoir ; si les vœux ardens et sincères de nos collègues ; si les prières élancées des classes les plus élevées de la société, réunies à celles des dernières classes, ayant les hospices pour asiles, avoient pu suspendre le coup fatal, nous ne pleurerions point M. *Baudelocque*, nous jouirions encore, nous aurions joui long-temps de cet homme vraiment étonnant pour tous ceux qui ont su l'apprécier, et si respectable pour ceux qui l'ont connu dans l'intimité,

C'est dans cette intimité, c'est au sein de sa famille qu'il suivoit ses goûts simples, qu'il menoit une vie sobre et tranquille. Une épouse chérie, et digne de l'être ; des enfans qui lui rendoient amour pour amour ; des livres, l'étude, une société peu nombreuse, le délassoient des fatigues excessives attachées à l'exercice de sa profession. Il menait une vie patriarchale ; il ne cherchoit point à afficher le bonheur ; il savoit le faire naître et en jouir.

Il laisse une veuve inconsolable, parce qu'elle connoissait tout le prix de son époux ; trois filles, dont deux ont atteint l'âge de la jeunesse, et l'autre est sortie de l'enfance ; et un fils de quatorze ans de la plus belle espérance. Ces enfans partagent la douleur de leur mère ; ils n'ont que ce moyen de la consoler.

Cet homme bienfaisant, cet habile praticien, ce savant professeur, cet écrivain distingué, nous lui rendons aujourd'hui les derniers devoirs. Ses parens, ses confrères accompagnent de leurs regrets sa dépouille inanimée : les élèves entourent sa tombe, ils lui apportent un tribut

de regrets, de reconnaissance, de douleur..... Ils ne pourront plus profiter de ses savantes leçons, mais il leur reste ses précieux ouvrages. Ils seront immortels ; ils seront, comme ils le sont aujourd'hui, le Code des Accoucheurs.

EXTRAIT

du Discours prononcé par M. J.-J. Leroux, *dans la Séance publique de la Faculté de Médecine de Paris*, *le* 14 *novembre* 1810.

Baudelocque avoit de la mémoire, du jugement, de la disposition à s'instruire ; il mit dans ses études de l'application, de la constance, je dirois presque de l'obstination ; il eut le bon esprit de les rapporter toutes à un objet unique. Il se dit à lui même : Je veux être le premier accoucheur, il le devint.

Hippocrate, Galien, Aretée, Celse, Paul d'*Egine*, chez les anciens, *Lamothe*, *Deventer*, *Smellie*, *G. Hunter*, *Levret*, parmi les modernes, sembloient avoir épuisé tout ce qu'il y avoit à faire et à dire sur l'art des accouchemens.... *Solayrès* ouvre une carrière nouvelle.... la mort l'enlève ; et tout ce que cet homme de génie avoit créé étoit perdu, si *Baudelocqae* n'eût recueilli son précieux héritage.

Baudelocque, encore jeune, avoit déjà toute la maturité de la raison : il sentit qu'il n'y avoit aucune gloire à acquérir pour celui qui se contentait du manuel des accouchemens ; il voulut embrasser toutes les connaissances qui avoient rapport à l'art qu'il alloit exercer : il devint bon anatomiste, habile chirurgien ; il étudia toutes les maladies des femmes qui ont une liaison intime avec la menstruation, avec la gestation, avec l'accouchement, avec ses suites ; il apprit également à connoître les maladies des enfans. C'est alors qu'il commença à faire des cours sur l'art dont il a reculé les bornes, qu'il a pratiqué avec des succès si constans.

Baudelocque, dans ses leçons, n'avoit point cette éloquence brûlante mais véritable de *Fourcroy* ; il étoit également loin de ce clinquant que des esprits faux et légers prennent ponr de l'éloquence ; il ne cherchoit point à entraîner ses auditeurs par des pensées souvent plus hardies qu'ingénieuses, par des phrases ambitieuses, par des expressions recherchées ; son élocution étoit simple et grave comme les sujets qu'il traitoit. Il n'enflammoit point l'imagination, il n'excitoit point l'enthousiasme, mais il commandoit le respect et l'attention ; il ne faisoit point de secta-

teurs, mais il formoit des élèves instruits; il leur inspiroit le goût du travail, l'amour de l'art; il en faisoit des accoucheurs recommandables, ou des sages-femmes utiles.

Portons les yeux sur *Baudelocque* pratiquant les accouchemens. Je ne donnerai point la liste des femmes d'un nom illustre qui lui ont accordé une confiance absolue qu'il méritoit si bien. Souvent le hasard, j'oserai dire l'intrigue, la mode même, établissent la réputation; mais ce qui assure la gloire de *Baudelocque*, c'est quarante années de travaux; c'est l'estime que ses confrères ont conservée pour lui jusqu'au dernier moment de sa vie; c'est l'opinion si honorable que les étrangers avoient de son habileté; c'est enfin le suffrage unanime de tous les jeunes médecins qui sont en même temps et les élèves et les juges de leurs professeurs. Ses connaissances profondes, son coup-d'œil prompt et juste, sa longue expérience, la sûreté de son toucher, son adresse dans l'art opératoire, étoient si généralement reconnus, qu'il étoit consulté dans tous les cas embarrassans, et sa décision avoit en quelque sorte force de loi; qu'il étoit appelé dans les accouchemens difficiles, et des milliers d'individus lui doivent la conservation de leur existence.

Et cet homme que la fortune avoit favorisé, cet homme que la calomnie a osé attaquer, se faisoit un devoir, se faisoit un plaisir de donner les soins les plus assidus, les plus délicats aux femmes infortunées que le besoin réunit à l'hospice de la Maternité. Les temps les plus rigoureux, la saison des frimats, les chaleurs excessives de l'été; les infirmités dont il fut accablé au commencement de la vieillesse, rien ne put jamais ralentir son zèle, diminuer son exactitude.

Les talens reconnus de *Baudelocque* lui avoient procuré une vie utile et glorieuse; son ambition étoit satisfaite; il étoit sans contredit le premier accoucheur de son siècle. Ses nombreux élèves en France, chez l'étranger, conservoient un tendre respect pour leur maître; ils l'auroient fait survivre à lui-même pendant un certain nombre d'années; le souvenir de son mérite éminent se seroit conservé. Dans quelques écrits sur les accouchemens, on aurait cité un professeur aussi célèbre, un praticien aussi distingué..... *Baudelocque*, jugeant qu'une simple tradition, que des extraits de ses leçons ne feroient connoître qu'imparfaitement sa doctrine, a transmis son nom à la postérité dans des ouvrages, dépositaires du fruit de ses travaux et de ses utiles méditations. Ces monumens attesteront combien il étoit digne de la vénération de ses contemporains, combien il a des droits à la reconnaissance de nos neveux.

NOTICE

SUR LA VIE ET LES OUVRAGES DE M. BAUDELOCQUE,

Extraite du Discours lu à la Séance publique de l'Hospice de la Maternité, le 20 juin 1810, par M. CHAUSSIER, Médecin en chef de cet Hospice.

DANS ces séances solennelles qui terminent chaque année le cours d'études à la Maternité, je n'ai eu jusqu'à ce jour qu'à présenter le précis de quelques-unes des observations importantes que fournit la pratique médicale de l'Hospice ; je n'ai eu qu'à rendre compte des améliorations qui s'opèrent chaque année, du zèle et des progrès des élèves dans les différentes branches d'instruction qui leur sont données ; mais aujourd'hui la douleur, la tristesse la plus profonde règne dans le cœur de tous ceux qui sont attachés à cet établissement ; les élèves pleurent la perte d'un Professeur qui, par ses bontés, son zèle, sa patience à les instruire, à leur aplanir les difficultés de l'étude, avoit si bien mérité l'attachement le plus sincère, la reconnoissance la plus vive, le respect le plus grand. Les Administrateurs regrettent l'homme de bien, l'écrivain judicieux et savant, dont les ouvrages, les talens et la haute réputation inspiroient la confiance, et ont tant contribué au succès, à la célébrité de l'Ecole qu'ils ont fondée. Et nous, ainsi que tous ceux qui s'occupent de l'art de guérir, nous regrettons un ami du commerce le plus doux, un collègue estimable, d'un jugement exquis, d'une expérience consommée dont les conseils ont été si souvent salutaires dans les cas les plus complexes. Mais ces sentimens ne sont point concentrés à l'enceinte de cet Hospice, de cette Ecole ; du palais des grands jusqu'à la chaumière du pauvre, les mères se rappellent avec reconnoissance le praticien habile dont la dextérité et les soins toujours empressés et délicats ont tant contribué au soulagement de leurs maux, à la conservation de leur vie et de leurs enfans.

Cet accord général de sentimens, cette unanimité d'expressions est sans doute le plus bel éloge de l'homme de bien. Une Notice de la Vie, des Ecrits de notre savant Professeur, fera mieux apprécier encore tous les services qu'il a rendus à l'art et à la société.

J.-L. Baudelocque, membre du Collége de Chirurgie de Paris, conseiller de l'Académie royale de Chirurgie, professeur d'accouchement à la Faculté de Médecine, chirurgien en chef, accoucheur et professeur à l'hospice de la Maternité, associé de plusieurs Académies nationales et étrangères, naquit à Heilly, près d'Amiens, département de la Somme, le 30 novembre 1745.

Après avoir fait ses premières études, et reçu de son père, qui exerçoit avec distinction la chirurgie dans le pays, les principes de cet art, *Baudelocque* vint à Paris puiser des connoissances plus étendues dans les leçons des grands maîtres. Il embrassa dans ses études toutes les branches de l'art, cultiva l'Anatomie avec un soin particulier; et, pour parvenir à une connoissance plus exacte des maladies et de leur traitement, il fut pendant plusieurs années attaché à l'hospice de la Charité, y suivoit les maladies, y faisoit les pansemens. Admis à l'Ecole pratique établie dans le sein du Collége royal de Chirurgie, il obtint au concours public un des premiers prix de cette Ecole. Ce succès, qu'il devoit uniquement à l'étendue, à la solidité de ses connoissances anatomiques et chirurgicales, le fit distinguer parmi tous ses condisciples, et lui valut l'estime et même l'amitié de M. HOUSTET, qui lui devint fort utile par la suite : il lui procura aussi la connoissance de *Solayrès de Renhac*, jeune Docteur nouvellement arrivé à Paris, et qui, plein de zèle et d'activité, faisoit alors avec succès des cours particuliers d'accouchemens, et commençoit à jouir d'une certaine réputation.

Solayrès, qui, dans le nombre des élèves, avoit distingué le jeune *Baudelocque*, et avoit su apprécier ses talens, ses connoissances, le chargea de continuer un cours qu'il avoit commencé, mais qu'il étoit forcé d'interrompre à cause d'une altération de la voix et d'une affection grave des poumons, qui le conduisit en peu de temps au tombeau.

Cette circonstance fit aussitôt connaître tout ce que l'on pouvoit attendre de *Baudelocque*. La méthode qu'il employa dans les leçons qu'il fit pour remplacer *Solayrès*, la justesse dans les définitions, la clarté dans le développement des différens points qu'il traitoit, excita l'attention, l'enthousiasme de tous les étudians qui suivoient le cours, et ils se réunirent ponr lui demander avec les plus grandes instances de continuer à faire des cours,

Ce premier succès dans l'enseignement éveilla la jalousie ; quelques-uns voulurent empêcher *Baudelocque* de continuer à faire des cours parce que, jeune encore, il n'avoit aucun titre légal ; mais HOUSTET, qui étoit protecteur de tous les jeunes gens qui annonçaient des talens, et qui avoit pour *Baudelocque* une estime particulière, n'hésita pas à faire mettre les cours sous son nom.

Egalement instruit dans les différentes branches de l'art, *Baudelocque* auroit pu se livrer avec succès à l'exercice de la médecine et de la chirurgie ; mais, pour mieux embrasser son objet, il se borna entièrement à la pratique des accouchemens, et fit chaque année un ou deux cours particuliers, qui toujours étoient suivis par un grand nombre d'élèves, parmi lesquels on comptoit beaucoup d'étrangers qui étoient envoyés et entretenus par leurs Souverains. Chaque jour aussi sa réputation s'accrut, non-seulement comme professeur, mais encore comme praticien habile, observateur sage : aussi étoit-il appelé par les plus anciens accoucheurs dans tous les cas difficiles, et souvent il parvint à terminer, en peu de minutes et par des procédés simples, un accouchement dans lequel on avoit employé inutilement les instrumens et les efforts les plus grands.

Les ouvrages qu'il publia successivement furent traduits dans toutes les langues de l'Europe ; ils devinrent bientôt des livres classiques : ils le placèrent au premier rang des accoucheurs ; et les Académies les plus célèbres s'empressèrent à se l'associer. Ses occupations, soit auprès des femmes en couches ou attaquées de qnelques maladies, soit pour répondre aux consultations qui lui étoient adressées de tous les points de la France et même des pays étrangers, se multiplièrent alors à un tel point, que malgré son zèle et son activité, il fut obligé de ces-

ser entièrement ses cours particuliers ; mais, appelé par le vœu public à la Faculté de Médecine et à l'hospice de la Maternité, il reprit avec plaisir les fonctions de l'enseignement, parce qu'elles lui fournissoient l'occasion de faire du bien, d'instruire les femmes, qui, par la délicatesse de leurs mains, la sensibilité de leur âme, la patience, la douceur si naturelle à leur sexe, lui paroissoient généralement beaucoup plus propres que les hommes à la pratique des accouchemens.

Pour arriver plus sûrement au but qu'il se proposoit, de donner à ses élèves une instruction vraiment solide, il ne borne point l'enseignement à de simples discours, mais, après avoir exposé d'une manière claire, mais concise, l'objet particulier qu'il se propose de traiter, il en développe, en éclaircit les différens points par les questions qu'il adresse à une ou plusieurs des élèves. La série des questions et des réponses alternatives conduit insensiblement au précepte qu'il veut établir, et en fait saisir toute l'importance ; chaque jour aussi une ou deux élèves sont chargées de lui rendre un compte verbal ou écrit des cas particuliers qui se sont présentés dans la pratique de l'hospice ; et l'examen, la discussion de ces faits devient une nouvelle source d'instruction d'autant mieux sentie, que le précepte dérive immédiatement de l'exemple. Chaque leçon est ainsi comme la conversation d'un bon père avec ses enfans ; ce n'est pas la mémoire seule, mais l'intelligence et le jugement que l'on exerce ; rien n'échappe à l'attention, les mots sont expliqués, le sens en est fixé, les difficultés sont examinées, éclaircies, et la vérité est répétée de différentes manières, jusqu'à ce qu'elle soit entendue et tellement sentie qu'elle n'échappe plus à l'esprit. « Cette méthode » d'enseignement, disoit *Baudelocque*, est moins at- » trayante pour le professeur ; elle est plus pénible, et » elle exige plus de temps pour exposer chaque sujet en » entier ; mais les élèves en tirent plus de fruit, et elles » savent plus, à la fin d'une leçon, qu'elles n'auroient » appris dans plusieurs sur le même point traité par la » méthode ordinaire ».

Ces considérations avoient frappé *Baudelocque* dès ses premiers pas dans la carrière de l'enseignement ;

elles le déterminèrent à rédiger, sous forme de catéchisme (par demandes et réponses), ses *Principes de l'Art d'Accoucher.* Cet ouvrage, spécialement destiné à l'instruction des sages-femmes, parut en 1775 ; il obtint une approbation générale, et devint le livre d'étude des élèves, le guide et le modèle de ceux qui étoient chargés de les instruire. L'utilité de cet ouvrage fixa l'attention du Gouvernement, qui le fit réimprimer en 1787 ; on le tira à six mille exemplaires ; et, malgré cette quantité, l'édition fut bientôt épuisée ; on en fit une troisième en 1806, à laquelle l'auteur ajouta des planches et des observations importantes.

En 1781 M. *Baudelocque* publia, sous le titre d'*Art des Accouchemens*, un ouvrage plus étendu, qui a été réimprimé successivement en 1789, en 1796, et pour la quatrième fois en 1807.

Outre ces deux ouvrages, qui comprennent la théorie et la pratique générale et particulière des Accouchemens, on lui doit un grand nombre de mémoires ou de rapports plus ou moins considérables qui sont dans les porte-feuilles de l'Académie royale de Chirurgie, de la Faculté de Médecine, ou ont été imprimés dans le Journal général de Médecine. On a trouvé dans ses papiers plusieurs dissertations manuscrites, et un recueil précieux des observations les plus importantes que lui avoit fournies sa pratique ; il laisse aussi une collection de diverses pièces anatomiques relatives aux accouchemens, qui présentent des conformations vicieuses ou des altérations produites par la maladie.

Quoique par la nature de leur objet ces ouvrages soient peu susceptibles d'une analyse propre à exciter l'intérêt général de l'Assemblée, on nous pardonnera sans doute de rappeler dans le sein de cette École les considérations principales qui sont la base de la doctrine, de la méthode pratique de *Baudelocque ;* elles serviront à faire mieux sentir tout ce qu'il a fait pour les progrès de l'art, pour l'avantage des mères, la conservation des enfans.

Depuis *Hippocrate* et *Paul d'Egine*, il existe un grand nombre de traités sur les accouchemens, et on trouve dans plusieurs, surtout parmi les modernes et spécialement dans les ouvrages de *Smellie*, de *Levret*, une théo-

rie sage, des règles précises, des préceptes judicieux ; cependant les véritables principes qui doivent diriger dans la pratique, assurer les succès, étoient épars, isolés, incomplets, souvent associés à des erreurs, à des préjugés, ou noyés dans des raisonnemens arbitraires, des explications hypothétiques, quelquefois méconnus et abandonnés dans l'occasion par ceux même qui les avoient donnés. *Baudelocque*, qui avoit lu, médité tout ce qui avoit été dit ou écrit sur son art, recueille, rapproche les règles, les préceptes établis par ses prédécesseurs ; il en écarte les hypothèses, en remplit les lacunes par ses propres observations ; les coordonne, les confirme par son expérience et en forme un corps de doctrine, sinon entièrement nouveau, du moins complet, et d'autant plus solide qu'il est fondé sur l'observation constante de la nature, sur l'étude approfondie de ses phénomènes.

L'accouchement est une fonction naturelle, mais délicate et complexe ; il dépend non-seulement de la structure, de la disposition des organes de la mère, de l'action qui leur est propre, mais encore de la position de l'enfant, de la manière dont il se présente et surtout du rapport de ses proportions avec les détroits du bassin qu'il doit traverser. Il est *naturel*, se termine spontanément et heureusement lorsque ces diverses conditions se trouvent réunies dans des rapports convenables. Il est *contre nature*, *laborieux*, exige le secours de la main ou des instrumens lorsqu'il y a défaut dans une ou plusieurs de ces conditions. Le premier objet est donc d'observer, de reconnoître, de distinguer de la manière la plus exacte, tous les phénomènes qui constituent l'accouchement naturel. Car de cette observation bien faite dérivent les principes fondamentaux de l'art ; et, quand on les a bien saisis, « on laisse avec sécurité agir la nature lorsqu'elle » peut se suffire, on la maintient aisément dans la mar- » che qu'elle doit suivre lorsque quelque chose tend à » l'en détourner ; on la ramène de même à cette marche » quand elle s'en est écartée ; et, pour y parvenir, il ne » faut souvent *que peu de moyens* ». Un mouvement bien dirigé, un changement de situation, des procédés simples suffisent quelquefois pour terminer en peu de minutes un accouchement qui a coûté à la nature tant de

travail et tant d'efforts ; enfin, « s'il faut opérer, on
» opère à propos, et on le fait toujours avec connois-
» sance de cause et avec méthode. On ne peut donc trop
» insister sur l'étude et l'observation du mécanisme de
» l'accouchement naturel ; de ses causes, de ses symp-
» tômes et des suites, car c'est au moyen de ces con-
» noissances, qu'on n'acquiert bien qu'au lit des femmes
» en travail et en couches, que les sages-femmes trouve-
» ront peu de cas où il soit indispensable d'agir, qu'elles
» agiront à propos, et le feront convenablement. S'ils
» paroissent encore assez fréquens aujourd'hui, ils le
» deviendront bien moins par la suite, à mesure que les
» connoissances qui doivent faire la base de l'éducation
» des sages-femmes se répandront davantage ». Peut-être
même, ajoute le sage et savant Professeur, ces cas de-
viendront-ils si rares qu'alors on oubliera qu'il fut un
temps où l'accouchement, cette fonction si belle et si
grande quant à sa fin, si naturelle et si simple dans son
exécution, quoique constamment très-douloureuse, étoit
regardée comme une des plus importantes opérations de
la chirurgie, et ne devoit être confiée qu'à des hommes
d'un grand talent.

Pénétré de ces principes dont l'expérience lui démon-
tre chaque jour la justesse, la solidité, *Baudelocque* en
déduit tous les préceptes de sa pratique ; c'est à lui que
l'on doit d'avoir déterminé, d'une manière plus précise
que l'on ne l'avoit fait, les différentes positions de la
tête, la direction qu'elle prend, les changemens qu'elle
éprouve en traversant le bassin ; c'est lui qui le premier
a rassemblé, décrit avec exactitude les variétés des posi-
tions vicieuses dans lesquelles l'enfant peut se présenter
à l'entrée du bassin ; on lui a même reproché d'en avoir
trop multiplié les espèces. Cependant ces distinctions,
ces divisions successives ne sont point l'ouvrage de l'ima-
gination ; elles ne sont que l'expression de l'observation
de la nature ; elles servent d'ailleurs à instruire l'élève, à
éclairer le praticien. Aussi ces objections n'ont-elles con-
tribué qu'à faire mieux sentir l'avantage de sa méthode.

Bien différent de ces accoucheurs vulgaires, qui dans
leur pratique bornée rencontrent à chaque instant des
cas difficiles, laborieux, et ont si souvent recours à des

opérations, à des instrumens ; à peine dans le cours d'une pratique très-étendue, *Baudelocque* en rencontre-t-il quelques-uns ; observateur attentif de la marche de la nature, de la tendance de ses efforts, il prévoit, il reconnoît d'abord la difficulté qui se prépare ; il sait en arrêter les progrès, et rétablir l'ordre naturel. Appuyé sur des principes certains, il n'hésite jamais et ne fait aucune tentative sans être assuré du succès. Réservé sur l'emploi des moyens, toujours il se borne aux plus simples ; il préfère le doigt à tout autre instrument pour mesurer le bassin ; il n'admet comme pelvimètre artificiel que le compas d'épaisseur de son invention. Il adopte le forceps de *Levret*, corrigé par *Péan;* c'est même et presque le seul instrument dont il se serve ; et quoiqu'il en ait rendu l'usage sûr et facile, qu'il l'ait étendu à des cas particuliers pour lesquels on ne l'employoit pas avant lui, il sait s'en passer et y a rarement recours ; enfin, comme il nous l'apprend lui-même dans le cours de quarante années de la pratique la plus étendue, il n'a employé le levier que deux ou trois fois, et les crochets ou autres instrumens analogues, seulement quatre à cinq fois.

Avec le talent d'observer, *Baudelocque* avoit celui d'exprimer, de transmettre ses observations. Abondant et fécond dans ses leçons, il ne cherchoit point à éblouir par des discours pompeux, il vouloit instruire ; il étoit simple, méthodique, grave, et commandoit l'attention et le respect. Egalement clair, mais serré, précis dans ses ouvrages, il porte la conviction dans l'esprit par l'évidence de ses principes, l'enchaînement, la force de ses raisonnemens. A ces qualités qui distinguent le Professeur, l'écrivain judicieux, il réunissoit la dextérité dans l'opération, la douceur, la complaisance, cette sensibilité délicate, si nécessaire dans l'exercice de l'art auquel il s'étoit consacré. Toujours empressé lorsqu'il pouvoit être utile, il se rendoit partout où il étoit appelé ; la fatigue, l'obscurité des nuits, l'intempérie des saisons, ne l'arrêtoient jamais. L'infortune et le malheur étoient un titre particulier à ses secours, à ses bienfaits : toujours complaisant et sensible, il consoloit, soutenoit le courage dans les douleurs, par ses réflexions, ses observa-

vations. Il attendoit avec patience lorsque la nature pouvoit se suffire, et savoit montrer de la fermeté lorsque le cas exigeoit une opération, ou des soins particuliers. Aussi avoit-il obtenu la confiance la plus générale, l'estime, la vénération la plus vraie de tous ses confrères, qui se plaisoient avec le public à le regarder comme le premier Accoucheur de son siècle, l'écrivain le plus utile dans son art, le Professeur le plus instructif; mais dans ces derniers temps l'éclat de sa réputation éveilla l'envie, et le méchant osa l'attaquer par la calomnie. Ses traits sont toujours impuissans quand on sait les mépriser; mais *Baudelocque* étoit trop sensible; et quoique tous les gens de bien qui le connoissoient, quoiqu'un jugement solennel lui aient rendu la justice qui lui étoit due, cependant il fut profondément affecté: depuis ce temps sa santé fut manifestement altérée; ses amis s'en aperçurent, et lui conseillèrent le repos; mais la confiance que l'on avoit en lui étoit si grande, l'attachement à son état, le désir de répondre aux sollicitations qu'on lui faisoit sans cesse, l'empêchèrent de quitter les fonctions pénibles de la pratique; le mal s'accrut insensiblement, et la mort termina sa carrière le 2 mai dernier.

Tel fut l'homme de bien que nous avons perdu: sa vie toute entière fut consacrée à l'étude de son art, à l'instruction des élèves, au soulagement des mères, à la conservation des enfans. Le bien qu'il a fait ne sera pas perdu, ses ouvrages survivront, sa doctrine passera à la postérité: les préceptes, le mode d'instruction qu'il a établis se propageront d'âge en âge: et, dans cet amphithéâtre où il se plaisoit à répandre l'instruction, à dévoiler les secrets de son art, on placera sans doute un marbre qui rappellera son nom à la postérité, à l'amour, à la reconnoissance des élèves.

INTRODUCTION.

Malgré les progrès éclatans que l'Art des Accouchemens n'a cessé de faire depuis la fin du XVIII[e] siècle, et les ouvrages multipliés qui ont paru sur cette matière, nous avons pensé qu'il restoit encore quelque chose à faire pour son avancement, en faveur des jeunes gens qui se destinent à le cultiver. C'est à la sollicitation du grand nombre de ceux qui avoient suivi nos Cours et qui les suivoient alors, que nous avons entrepris celui-ci, dont la première édition parut en 1781. Nous nous y sommes livrés d'autant plus volontiers, qu'après avoir bien médité ceux qui étoient le plus connus, nous nous trouvions embarrassé sur le choix de celui qui leur convenoit le mieux pour se préparer à nos leçons, ou pour se rappeler les choses qui n'échappent que trop facilement à la mémoire (1); aucun ne renfer-

(1) Les mêmes considérations nous ont engagé à augmenter de beaucoup la seconde édition en faveur des Elèves qui n'avaient pu suivre nos Cours et qui attachoient quelque prix à cette perte, pour qu'ils pussent s'en dédommager ; une pratique trop étendue ne nous permettant pas de continuer l'enseignement de vive voix, ne nous laissant pas l'espoir de reprendre ce

mant un corps de doctrine complet sur la partie de l'art qui regarde l'opération, et qui faisoit essentiellement l'objet de ces leçons. Il faudroit se les procurer tous, pour avoir la chaîne des principes qui constituent cet art; et encore resteroit-il quelque chose à désirer. L'erreur, dans la plupart, y est si voisine de la vérité, et les préceptes s'y trouvent enveloppés d'un nuage si épais, que leurs auteurs semblent n'avoir écrit que pour eux. Ajoutez qu'il n'y a pas un seul de ces Auteurs qui soit parfaitement d'accord avec lui-même; qu'on ne trouve souvent en contradiction avec ses principes; qui ne soit arrêté à chaque pas, et qui ne s'écarte de la route qu'il a tracée, ou qu'il a voulu tracer.

L'art d'accoucher est cependant un art de pratique; un art dont les principes sont certains, et dont toutes les opérations peuvent être portées, pour ainsi dire, jusqu'à la certitude géométrique : l'accouchement n'étant en soi qu'une opération mécanique soumise aux

---

genre de travail qui avoit fait longtemps notre plus douce jouissance, ni qu'un jour nous serions appelés à l'une des chaires de Professeur d'Accouchement, dans l'Ecole de Médecine de Paris, et que la confiance publique qui nous avoit détourné de l'enseignement, nous feroit un devoir de rentrer dans cette carrière, après huit années d'interruption, consacrées entièrement à l'étude et à l'exercice de l'art.

lois du mouvement. « Il s'en faut peu, disoit
» le savant *Astruc*, vers le milieu du siècle
» dernier, que l'art d'accoucher n'ait atteint
» sa perfection, et que les opérations qu'il faut
» faire dans l'exercice de cet art, ne soient
» portées presque à la certitude géométrique;
ce qui n'est pas étonnant, continuoit-il,
» puisqu'il se réduit au problême de méca-
» nique suivant : *une cavité extensible, d'une*
» *certaine capacité, étant donnée, en tirer un*
» *corps flexible d'une longueur et d'une gros-*
» *seur données, par une ouverture dilatable*
» *jusqu'à un certain point* (1) » : problême qui
auroit été plus juste, si on eût dit, à travers
un canal osseux, d'une forme, d'une direc-
tion, d'une largeur données, et incapable
d'aucune espèce de dilatation, si ce n'est acci-
dentellement, au lieu d'une ouverture dila-
table jusqu'à certain point; car ce seroit en vain
que se dilateroient les ouvertures formées
par les parties molles, si ce canal n'étoit assez
grand naturellement pour le passage du fœtus.
C'est à ce degré de perfection auquel *Astruc*
croyoit que l'Art des Accouchemens était par-
venu de son temps, que nous nous sommes
efforcés d'atteindre, en rassemblant et en fixant
les principes de cet art. Si la lecture des Auteurs
nous a été d'un grand secours, on remarquera

(1) *Astruc*, l'Art d'accoucher réduit à ses principes.

sans peine que la nature nous a été bien plus utile, et que ce n'est qu'après l'avoir étudiée long-temps que nous nous sommes livrés à ce travail.

Nous pensons qu'il étoit au-dessus de la portée de ceux que l'expérience n'a pas mis en état de distinguer l'erreur des hommes dont la vogue, ou bien une érudition plus ou moins brillante, a fait souvent tout le mérite, d'avec les vérités fondamentales établies par d'autres, qui ont joui d'une moindre réputation, et dont les noms se seroient perdus dans la nuit des temps, si quelques écrivains judicieux ne les eussent préservés de l'oubli, en les rappelant sans cesse à la mémoire des générations qui devaient se succéder..... C'est le défaut qu'on remarque dans ces ouvrages de cabinet, qui ont précédé le premier pas de leurs Auteurs dans la pratique de l'art dont il s'agit; et ce n'est que par de semblables écrits que la doctrine d'Hippocrate sur ce point de la Médecine, s'est perpétuée pendant plus de deux mille ans, quoique de beaucoup inférieure à celle de la plupart des Accoucheurs du XVII[e] siècle, qu'on ne cite aujourd'hui qu'avec une sorte de regret. Laisser agir la nature quand l'enfant se présente bien; ramener celui-ci à cette position dans tous les cas où il se présente différemment; lui ouvrir le crâne, le démembrer dans le sein de sa mère et l'en

arracher avec des crochets; voilà en quoi consiste cette doctrine tant de fois promulguée, et quel étoit encore à peu près l'état de l'Art des Accouchemens au temps du célèbre *Ambroise Paré*. Si ce grand homme n'y a pas ajouté beaucoup, au moins a-t-il éveillé, même excité en faveur de cet art, l'émulation des Chirurgiens français, à qui il étoit réservé de le porter à sa plus grande perfection.

Mauriceau est le premier d'entre eux, dont les écrits portent l'empreinte d'un homme vraiment Accoucheur, et, pour le temps, ils peuvent être comparés à ceux des *Smellie* et des *Levret*. Formé dans le sein de la pratique même, *Mauriceau* en a connu toutes les difficultés : s'il n'a su les surmonter toutes également, c'est que l'art ne pouvait être l'ouvrage d'un seul homme. Après lui parurent *Viardel*, *Peu*, *Portal*, *Deventer*, *Amand*, *de la Motte* et beaucoup d'autres; enfin les *Smellie* et les *Levret*. C'est à ce dernier temps que commence l'époque la plus brillante de l'art des Accouchemens; celle où des principes furent substitués à des routines toujours aveugles et souvent meurtrières. Le forceps récemment connu, mais à peine ébauché, ayant reçu une nouvelle forme des mains de ces deux hommes célèbres, et surtout de celles de *Levret*, changea, pour ainsi dire la face de cet art;

en faisant rejeter les crochets et autres instrumens de cette espèce, qu'on se voyoit fréquemment dans la triste nécessité d'employer, pour extraire du sein de sa mère le malheureux enfant qu'on ne pouvoit épargner qu'en la sacrifiant. Si ces instrumens sont encore en usage aujourd'hui, du moins l'homme instruit ne les emploie-t-il que dans le cas où il ne lui reste aucun doute sur la mort de l'enfant.

Nous ne rendrons compte ici d'aucun des ouvrages qui ont paru sur l'art dont il s'agit : un volume entier suffiroit à peine pour en faire connoître le titre, et ce que nous aurions à dire de ceux qui sont le plus estimés, excéderoit de beaucoup les bornes d'une introduction. Plusieurs personnes ont publié l'histoire de cet art; mais il seroit difficile d'y reconnoître parfaitement celui qui a réuni les deux premiers anneaux de la chaîne des principes qui le constituent, ceux qui y en ont ajouté de nouveaux, et qui ont le plus de droit à notre reconnaissance. Nous remarquons dans ces essais historiques, qu'on a souvent prodigué des éloges à ceux qui en méritoient le moins; qu'on n'a pas assez distingué le véritable Accoucheur de celui qui n'en avoit que le nom; enfin que les Auteurs de la plupart de ces essais n'étoient pas ce qu'il falloit être, pour mettre à leur place les *Mauriceau*, les *Smellie*, les *Levret*, et les écarter de la

foule des *Viardel*, des *Peu*, des *Portal*, des *Amand*, des *Deventer* même, et d'une infinité d'autres, dont les ouvrages ne sont cependant pas à rejeter.

On trouvera peu de citations dans celui que nous publions. Si nous n'avons pu nous dispenser d'en faire quelques-unes, nous aurions désiré n'avoir que des louanges à donner aux Auteurs que nous y avons nommés : mais relever leurs principales erreurs et les faire connoître, en préserver l'esprit des Élèves, pour qui le brillant du faux a souvent plus d'attrait que la vérité qu'ils cherchent, n'étoit-ce pas seconder leurs efforts et travailler utilement aux progrès de l'art? Nous serions fâchés que quelqu'un s'en trouvât offensé, et l'imputât à un sentiment de critique, quoique tout homme s'y dévoue en publiant ses écrits. Notre amour-propre ne se croira pas blessé, si d'autres personnes prennent la peine de relever celles qui ont pu se glisser dans cet ouvrage. Nous profiterons en silence, comme nous l'avons déjà fait, des observations utiles qu'elles pourront nous faire; mais nous mépriserons tout ce qui ne portera l'empreinte que de l'ignorance, de l'envie, ou de la méchanceté.

L'intérêt de l'humanité, plutôt que le nôtre, nous a fait un devoir cependant de profiter de la réimpression de cet ouvrage, pour

repousser les traits que deux Critiques se sont efforcés de lancer contre la première édition, et nous nous sommes attachés spécialement à désigner ceux d'un chirurgien de Bruxelles, qui semble plutôt avoir écrit pour se faire connoître au loin, que pour instruire, laissant à la postérité à nous venger de ceux de M. *Alph. Leroy*. Si nous n'étions garans alors de la solidité de nos principes qu'aux Élèves qui assistoient à nos leçons, et aux yeux desquels nous pouvions en démontrer la solidité jusqu'à l'évidence même, nous en sommes comptable aujourd'hui envers tous les hommes; ces principes s'étant répandus partout où l'on cultive l'art des Accouchemens, tant par les trois premières éditions de cet ouvrage, que par les traductions qui en ont été faites en langues étrangères, telles qu'en Allemagne, en Angleterre et en Hollande.

Si beaucoup d'Accoucheurs, en se perpétuant par leurs écrits, se sont rendus utiles à leurs semblables, même long-temps après qu'ils ont cessé d'exister, et se sont acquis des droits à notre reconnaissance, il en est aussi un grand nombre d'autres, dont le savoir a été pour ainsi dire enseveli avec eux, et à qui la société n'aurait pas été moins redevable, si des occupations trop multipliées, ou une mort prématurée ne les eussent empêchés de publier le fruit de leur travail et de leur expérience.

Il en est un surtout dont le souvenir perpétuera sans cesse nos regrets, et à la mémoire duquel nous rendrons toujours hommage avec plaisir : *Solayrès* est celui dont nous parlons. Docteur en Médecine et en Chirurgie de la Faculté de Montpellier, et de la Société des Sciences de la même ville, après y avoir longtemps professé l'Anatomie avec succès, et y avoir étudié l'art des Accouchemens sous l'un des meilleurs maîtres, il vint à Paris, et y fut accueilli par M. *de la Martinière*, qui le détermina à se faire recevoir au Collége de Chirurgie, qui fit même les frais de sa licence, et le désigna d'avance pour être l'un des Professeurs de l'École-pratique, en attendant qu'il pût récompenser son mérite par une place plus éminente. En le perdant à la fleur de son âge, ce n'est pas seulement l'homme qui nous estimoit que nous avons eu à regretter, c'est aussi son profond savoir sur l'art des Accouchemens, qu'il professoit parmi nous depuis quelques années avec la plus grande distinction : ce que j'ai recueilli de sa doctrine ne pouvant diminuer le prix de cette perte, parce qu'il n'avait pu me transmettre son génie avec les connaissances qu'il avoit acquises. Excepté quelques lambeaux d'écrits qui n'avoient rapport qu'à l'anatomie du bassin et des parties de la femme, tout ce qui nous reste de lui est consigné dans une thèse

qui devoit servir à son aggrégation au Collége de Chirurgie, et qui a pour titre : *Dissertatio de Partu viribus maternis absoluto* (1).

Cette thèse est un traité complet sur l'Accouchement naturel, dont le mécanisme, auparavant, n'avoit été développé qu'imparfaitement. Elle pouvait passer pour un chef-d'œuvre sur cette partie, aux yeux des personnes moins attachées à la diction latine qu'à la doctrine qu'elle renferme. Dès l'année 1765, *Solayrès* s'étoit fait connoître aux Écoles de Médecine de Montpellier, par une première thèse (1) qui dénotoit beaucoup moins l'Accoucheur que l'homme le plus propre à le devenir. Son ami bien plus encore que son Élève, pendant le peu d'années qu'il a professé l'art des Accouchemens, et ayant continué ses leçons, d'après les sollicitations de ses nombreux disciples, pendant le cours d'une maladie de six mois, dont le premier symptôme fut la perte presque totale de sa voix, plusieurs personnes m'engagèrent, après sa mort, à rédiger et à publier ce que j'avois pu recueillir de sa doctrine, soit dans ses leçons, soit dans nos entretiens particuliers, et je me livrai d'autant plus volontiers à ce travail, que c'étoit pour moi la première occasion de rendre

(1) A Paris, chez d'*Houry*, Imprimeur, 1771.

(2) *Elementorum Artis Obstetriciæ compendium.*

hommage à la mémoire d'un homme dont le souvenir m'étoit cher, et que quelqu'un d'ailleurs vouloit publier sous son nom, des lambeaux d'écrits mal assortis qu'il avoit empruntés des mains de plusieurs Élèves : mais l'imperfection de cet ouvrage, quoique approuvé avec éloges par le Censeur royal, M. *Raulin*, ne me permit pas de le mettre au jour.

En rendant hommage à la mémoire de *Solayrès* dans mes premières éditions, je n'ai pu m'empêcher de me plaindre d'un jeune Médecin (1) qui avoit recherché mon amitié, dans le temps où je m'occupois de la rédaction du manuscrit dont je viens de parler, et à qui je livrai les cahiers à mesure qu'ils sortoient de ma plume, parce qu'il m'avoit offert la sienne pour la copie qu'on me pressoit de mettre sous les yeux du Censeur : n'imaginant pas que ce Médecin ne cherchoit qu'à se parer des dépouilles du mort, ou, pour me servir de ses propres expressions, qu'à *tirer du miel des plantes même les plus vénéneuses ;* qu'il publieroit un jour que, *par enthousiasme pour la mémoire de* Solayrès, *il avait rédigé sa doctrine sur quelques dessins au trait que je lui en avois donnés, et l'avoit mise en état de soutenir le jour; qu'après avoir passé depuis*

---

(1) M. *Alph. Leroy*, alors Bachelier de la Faculté de Médecine ; c'étoit en 1773.

par plusieurs filières, cet ouvrage lui paroissoit être tombé dans les mains de M. Dufot, *Médecin de Soissons, qui en avoit donné un extrait sous la protection du Gouvernement* (1).

Pour que personne ne nous taxe de plagiat, nous déclarerons de nouveau que nous avons puisé dans toutes les sources qui nous sont connues, mais que c'est aux leçons de *Solayrès* et à l'observation, que nous avons dû le plus; que la seconde partie de cet ouvrage, qui traite spécialement de l'Accouchement naturel, n'est pour ainsi dire que la traduction de la thèse qui a pour titre : *Dissertatio de Partu viribus maternis absoluto.* Si l'on y remarque aujourd'hui de grands changemens, ils sont le fruit de notre expérience particulière, et de *trente-cinq* années d'observations : l'Auteur de cette thèse les auroit faits lui-même, s'il eût vécu assez long-temps; car il n'avoit comme nous que la nature pour maître. Nous l'aurions cité plus souvent, ainsi que bien d'autres Auteurs, si la crainte de détourner l'attention des jeunes gens ne nous en eût empêché. L'art des Accouchemens ne pouvoit être l'ou-

(1) On peut voir, par ce que nous avons dit dans nos premières éditions, en quoi M. *Alphonse Leroy* a contribué à la rédaction de l'ouvrage encore inédit de *Solayrès*, ce que c'est que le catéchisme de M. *Dufot*, et comment ce Médecin de Soissons en devint l'Auteur.

vrage d'un seul homme ; si nous en avons rassemblé les principes, si nous les avons présentés avec plus d'ordre et de clarté, nous ne croirons pas pour cela qu'il nous soit plus redevable qu'à tous ceux qui l'ont cultivé avant nous ; nous ne publierons jamais que nous en avons *renversé les colonnes, pour en élever d'autres sur leurs débris.* Personne n'avoit plus de droit à cette prétention, que les *Smellie* et les *Levret*, puisque personne n'en a reculé les bornes davantage qu'ils ne l'ont fait : cependant ces deux hommes également célèbres ont avoué qu'ils avoient eu des maîtres, et que ce n'étoit qu'à l'aide de leurs ouvrages qu'ils étoient parvenus à les surpasser : heureux si nous avions pu les imiter, et tracer comme eux quelques sentiers nouveaux à ceux qui entreront dans la carrière après nous !

Plan général de cet Ouvrage.

Pour exposer avec plus de méthode et de clarté tout ce qui concerne la partie chirurgicale de l'art des Accouchemens, que nous avons distingué de la partie médicale qui a spécialement pour objet les maladies des femmes et des enfans (1), nous avons divisé

(1) Malgré le grand nombre d'ouvrages qui ont paru sur cette dernière partie depuis plusieurs siècles, on peut

cet ouvrage en quatre parties. La première renferme les connoissances anatomiques et physiologiques essentiellement nécessaires à l'Accoucheur. La seconde traite du mécanisme de l'Accouchement naturel, et de la délivrance, ainsi que des premiers soins qu'on doit à la mère et à l'enfant. La troisième a pour objet l'Accouchement contre nature; et la quatrième le laborieux, avec ce qui a rapport à la grossesse de plusieurs enfans, aux fausses grossesses et à l'avortement. Cette dernière partie forme le second volume.

Plan de la première Partie.

Le premier Chapitre traite des parties de la femme, qui ont quelque rapport à la génération et à l'Accouchement, mais il renferme en quelque sorte les connoissances fondamentales de l'Art, et ce point nous paroît avoir été trop négligé par les Auteurs. Si quelques-unes des parties dont il s'agit forment le canal destiné au passage de l'enfant, ce n'est que par l'action

---

encore s'en occuper utilement. Ce n'est qu'en avançant dans la pratique qu'on aperçoit le vide qu'ont laissé leurs Auteurs, et combien il sera difficile de le remplir, si l'on ne suit une autre direction, si des hommes d'un bon esprit n'entreprennent cette tâche, après avoir vieilli dans les Hospices destinés uniquement aux femmes et aux enfans.

des autres qu'il est contraint de le traverser pour paroître à la lumière. Mais la facilité et les difficultés de l'Accouchement dépendent bien moins de la force ou de la foiblesse de cette action, que du rapport des dimensions de ce même canal avec celles du corps qui doit le traverser; surtout avec celles de la tête de l'enfant. Soit qu'il se fasse naturellement, ou que des circonstances accidentelles nous portent à le terminer, il s'opère avec peu de difficulté quand ce rapport est favorable; mais il est toujours difficile et laborieux, même quelquefois impossible par la voie naturelle, lorsqu'il y a défaut de proportion entre ces mêmes parties, quelle que soit la somme de forces que puissent employer les organes de la femme. Ces vérités, admises de tous les Accoucheurs, nous ont déterminé à insister beaucoup plus sur cette partie connue sous le nom de Bassin que sur les autres; et, pour ne rien laisser à désirer, nous l'avons d'abord considéré dans l'état sec, et ensuite dans son ensemble avec les parties molles qui le recouvrent de toutes parts.

Après avoir décrit chacun des os dont il est formé, nous examinons comment ils sont assemblés, et de quels moyens la nature s'est servi pour les lier entr'eux; si leurs symphyses se relâchent constamment dans la grossesse, au point d'en permettre l'écartement; et si ce

dernier est nécessaire pour le passage de l'enfant, comme bien des gens se le persuadent encore aujourd'hui. Ensuite, nous faisons connoître les dimensions de cette espèce de canal osseux, les vices de conformation qui peuvent l'affecter, leurs principaux degrés, et les obstacles qu'ils apportent à l'accouchement; enfin les moyens de s'assurer s'il est bien ou mal conformé, et quelles en sont les dimensions dans tous les cas. Dans le second Chapitre, nous considérons la matrice dans l'état de grossesse; nous indiquons les changemens qu'elle éprouve dans son volume, dans sa forme, dans son tissu même, et dans sa situation; nous parlons de son action, de son obliquité, des causes qui y donnent lieu, de ses signes et de ses effets généraux relativement à l'accouchement; des déplacemens de ce viscère, connus sous le nom d'Anté-version, et celui de Rétro-version, d'autant plus importans à connoître, que peu d'ouvrages en font mention, quoiqu'ils puissent donner lieu à de grands accidens, même à la mort.

Les Règles, ce qui regarde la Fécondité et la Stérilité; l'exposition des signes d'après lesquels on juge communément du viol; qu'une femme accusée de suppression de part et d'infanticide est réellement accouchée, font le sujet du troisième Chapitre.

Nous exposons succinctement dans le

quatrième, les différens systèmes concernant la génération; ensuite nous parlons de la grossesse et de ses signes; du toucher, de son importance dans l'exercice de l'art des Accouchemens, et de ses difficultés.

Le cinquième Chapitre traite du produit de la conception, ou des substances qui forment la grossesse. Après avoir parlé des rudimens du fœtus, du temps où il est entièrement ébauché, de son peu de volume dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, et de la rapidité de son développement dans la suite, nous en assignons la longueur et la pesanteur la plus ordinaire au terme de la naissance; nous en faisons connoître l'attitude, et la situation dans le sein de la femme. Le considérant après cela relativement à l'Accouchement, nous examinons la structure et les dimensions de ses parties principales, comme la tête et la poitrine, et les changemens qu'elles peuvent éprouver dans leur forme et leur volume, à l'instant où elles traversent le bassin de la femme. Le reste de ce Chapitre a pour objet l'examen du placenta, des membranes et du cordon ombilical; des eaux qui baignent la surface du fœtus; de la manière dont celui-ci se nourrit pendant la grossesse, et des fluides que la mère lui transmet; de la circulation qui lui est commune avec celle-ci, des changemens que les efforts de l'accouchement y apportent,

et de ce qui a lieu chez l'enfant au moment de sa naissance, où il commence en quelque sorte à jouir d'une vie nouvelle.

Plan de la seconde Partie.

Nous établissons d'abord trois ordres d'Accouchemens relativement à la manière dont ils s'opèrent : 1°. les Accouchemens naturels, ou qui s'opèrent par l'action des organes de la femme; 2°. les Accouchemens contre-nature, qu'on n'appelle ainsi que parce qu'ils exigent les secours de la main; 3°. les laborieux qu'on ne peut terminer plus avantageusement qu'à l'aide de quelques instrumens. Nous faisons connoître d'abord quelles sont les causes, tant déterminantes qu'efficientes, de ceux du premier ordre, ainsi que les phénomènes qui en accompagnent le travail. Pour développer ensuite le mécanisme de ces accouchemens avec plus de précision et de clarté, nous en distinguons quatre espèces générales : 1°. ceux où l'enfant présente le sommet de la tête; 2°. les pieds; 3°. les genoux; 4°. les fesses : l'observation nous ayant appris que la femme pouvait accoucher seule dans tous ces cas, et que les secours de l'art n'étoient pas essentiellement plus nécessaires dans les uns que dans les autres. Ces diverses parties ne se présentant pas constamment de la même manière sur

l'entrée du bassin, quelques-unes de leurs positions étant plus favorables à l'accouchement que les autres, et l'enfant, dans toutes, n'exécutant pas les mêmes mouvemens en traversant le bassin, nous avons jugé convenable de diviser chacune de ces espèces générales d'accouchemens en plusieurs autres, que nous avons fixées au nombre de six pour la première, et de quatre seulement pour les trois autres.

Le développement du mécanisme de chacune de ces espèces d'accouchemens pourra paroître superflu, si l'on ne juge ce point de doctrine que d'après le peu d'utilité qu'on retire de nous dans tous ces cas, où nos fonctions pourroient rigoureusement se réduire à celles de simple spectateur; mais en lisant ce chapitre attentivement, en l'étudiant, on y découvrira les principes fondamentaux de l'art; on verra disparoître la majeure partie de ses difficultés, et combien il faut peu de moyens pour maintenir la nature dans ses droits, ou pour la rappeler à sa marche ordinaire lorsqu'elle s'en est écartée; on remarquera que l'accouchement qui lui a coûté tant de travail et tant d'efforts, dans tels ou tels cas, ainsi qu'à la personne proposée pour l'aider, souvent n'avoit que l'ombre des difficultés qui sembloient y mettre de si grands empêchemens, et que cet accouchement auroit pu être terminé

avec beaucoup moins de peine et plus d'avantage. Si tous les obstacles que rencontre la nature ne sont pas de cette espèce, s'il en est de plus grands, de plus réels, l'homme instruit de ce que renferme ce chapitre, parviendra bien plus facilement qu'un autre à les surmonter.

C'est à la clarté de ce flambeau qu'il distinguera dès la première inspection, l'accouchement qui doit être l'ouvrage de la nature, de celui qui est essentiellement du domaine de l'art, et qu'il découvrira la cause qui doit le rendre difficile, laborieux, même impossible sans le secours de celui-ci, tandis que le Praticien ordinaire ne fait que présumer ces choses après beaucoup de temps, et souvent à l'instant seulement où il voit la femme menacée de succomber aux vains efforts qu'elle fait pour se délivrer. Toujours incertain sur le parti qu'il doit suivre, s'il est entreprenant, d'un accouchement qui auroit été naturel, il en fait un difficile; timide, au contraire, il manque l'instant d'opérer, de sorte que l'événement, heureux ou malheureux, est le fruit du hasard ou le fait de l'ignorance. De là ce grand nombre d'accouchemens difficiles et laborieux que tels ou tels Praticiens se glorifient d'avoir opéré dans le cours d'un petit nombre d'années; tandis que d'autres plus employés en ont à peine rencontré quelques-

uns. Fort de ses principes, l'homme instruit laisse agir la nature, quand elle peut se suffire; il la maintient aisément dans la marche qu'elle doit suivre, lorsque quelque chose tend à l'en détourner, et la ramène de même à cette marche, quand elle s'en est écartée; s'il faut opérer, il opère à propos, et le fait toujours avec connoissance de cause et avec méthode.

Pour jeter plus de jour sur ces grandes vérités, supposons que le bassin de la femme n'ait que trois pouces et un quart de petit diamètre dans son entrée, et que la tête du fœtus en présente un plus grand dans le sens de celui-ci; ce qui se rencontre quelquefois (1) : quel sera l'événement d'un pareil rapport? Pour une femme qui pourra se délivrer seule, et soutenir, sans s'épuiser, la longueur du travail nécessaire à l'expulsion de l'enfant, dix y succomberont, ou ne pourront accoucher qu'après la mort de ce dernier : sa tête ne pouvant éprouver la réduction nécessaire à son passage, qu'autant que la putréfaction l'aura rendue plus molle, etc. Si la

---

(1) S'il n'est pas très-commun de trouver la tête de l'enfant dans cette position, quoique bien des Auteurs se soient persuadés que c'étoit la plus ordinaire, il y a beaucoup de femmes dont le bassin n'a que le degré d'ouverture dont il s'agit, dans la direction du pubis au sacrum.

crainte de voir périr la mère, ou de perdre l'enfant, détermine l'homme d'une réputation usurpée à recourir aux instrumens, que de vains efforts ne fera-t-il pas pour entraîner la tête dans la position où elle est, et que ne tentera-t-il pas pour l'extraire ensuite? Le forceps ne pouvant en diminuer la longueur dans le sens où elle excède le diamètre du bassin, on la mutilera avec le crochet, et on se félicitera peut-être d'avoir su l'arracher par lambeaux du sein de la femme, qui, si elle échappe aux suites d'un pareil accouchement, n'en regardera pas moins l'Accoucheur comme son libérateur et son bienfaiteur, quoiqu'il ait commis une sorte d'attentat contre sa vie et celle de son enfant.

Le vrai Praticien se comporte bien différemment dans le cas dont il s'agit, et par cela même qu'il fait autant de bien que l'autre a pu faire de mal, il semble mériter bien moins de reconnoissance : il épargne la mère et l'enfant, il conserve l'un et l'autre, en s'épargnant à lui-même le travail pénible du premier et tout ce que ce travail doit inspirer d'horreur à un ministre de santé. Prévenu, d'après la connoissance du bassin et le rapport de ses dimensions avec celles de la tête de l'enfant, que l'accouchement ne sauroit se terminer sans de grandes difficultés, et souvent sans qu'il en coûte la vie à l'un des deux

individus, il détourne d'abord la longueur du crâne de la direction du petit diamètre du détroit, en dirigeant l'occiput vers l'un des côtés, et il attend avec sécurité que la nature agisse et achève son ouvrage. Arrive-t-il plus tard, et les forces épuisées de la femme ne lui permettent-elles plus d'en attendre l'expulsion de l'enfant, il substitue le forceps à la main pour déplacer la tête, et souvent encore il en fait l'extraction avec autant de facilité que d'avantage pour l'enfant et pour la mère. Des milliers d'observations n'ajouteroient rien à la force de ces vérités, tant elles portent leurs preuves en elles-mêmes.

Ce n'est pas uniquement dans cette circonstance qu'on peut remarquer que la force ne sauroit tenir lieu de principes et de méthode; la femme dont le bassin est des mieux conformés, et l'enfant des mieux situés sans être très-gros, n'étant pas à l'abri des grandes difficultés dont nous venons de parler. Si elles proviennent alors d'une autre cause, elles n'en exigent pas moins de savoir, et peut-être même en demandent-elles davantage. Autant elles paroissent grandes à celui qui en ignore la cause, autant elles le semblent peu aux yeux de celui qui en connoît la source. Si le premier exemple que nous avons choisi, démontre victorieusement la supériorité de celui qui sait parfaitement le rapport des dimensions

de la tête du fœtus avec celles de l'entrée du bassin sur le Praticien ordinaire, le suivant, en établissant solidement la nécessité de bien connoître le mécanisme de l'expulsion de cette tête, la marche qu'elle doit suivre pour sortir, et les divers mouvemens qu'elle doit exécuter dans sa progression, ne ferà que confirmer ce jugement de plus en plus. Supposons que la tête garde au détroit inférieur la situation diagonale dans laquelle elle vient de traverser le détroit supérieur, et qu'elle ne puisse le franchir ; ou bien qu'en s'engageant dans le bassin, elle se soit renversée vers le dos de l'enfant, comme on l'annonce au §. 688, et surtout aux §§. 1289 et suivans. Dans le premier de ces cas, beaucoup plus commun que celui que nous avons pris pour exemple à l'égard du détroit supérieur, et qui n'en est pas mieux connu pour cela ; non-seulement la tête ne peut être expulsée qu'avec la plus grande peine, si elle ne change point de position, mais il est encore impossible de l'extraire chez bien des femmes, si l'on n'opère pas préalablement ce déplacement (1). Les difficultés deviennent bien plus grandes encore dans le second cas, celui où la tête est descendue en se renversant sur le dos de l'enfant;

(1) Voyez la note du §. 1690, ce paragraphe lui-même et celui qui le suit.

parce qu'elle présente alors un bien plus grand diamètre de front, à l'intervalle que laissent entre elles les tubérosités ischiatiques, et à l'arcade du pubis derrière laquelle se trouve toute la longueur et la hauteur d'un de ses côtés. Ici ce n'est ni la grosseur excessive de la tête, ni l'étroitesse du bassin, qui s'opposent à l'accouchement; ce n'est point parce qu'elle est étroitement serrée dans ce canal, qu'elle ne peut s'avancer au-delà, ni rouler sur son axe en portant l'occiput sous le pubis, comme on le remarque dans le cas précédent; c'est uniquement parce qu'elle s'est engagée accidentellement, en présentant de front un diamètre qui surpasse de beaucoup le plus grand de ceux du bassin le mieux conformé quant à son excavation et au détroit inférieur; que d'un autre côté la force qui tend à la pousser davantage en avant, tend également à l'éloigner de plus en plus de sa marche naturelle, et à faire passer de plus en plus le diamètre dont il s'agit horizontalement : ce qui ne peut avoir lieu chez aucune femme, si le bassin n'est en même temps des plus vastes et la tête de l'enfant des plus petites. Les difficultés qui naissent de cette marche accidentelle de la tête de l'enfant n'éludent pas seulement les forces expultrices des organes de la femme, mais aussi celles qu'on se permet d'employer avec le forceps, etc. Cependant rien de plns simple

que ce cas, et rien de plus facile encore que de ramener la nature au point de se suffire pour l'expulsion de l'enfant, du moins chez la plupart des femmes, quand on est appelé à temps. *Voyez* §. 1295 et suivans. L'observation que nous joignons ici, et que nous rapportons d'après le témoignage de deux Accoucheurs long-temps connus avantageusement, et que nous préférons à celles qui nous sont propres (1), suffiroit pour convaincre de ces vérités et de la supériorité de ces hommes qui ont bien étudié la marche de la nature, sur ceux qui ignorent le mécanisme de l'accouchement le plus ordinaire, eussent-ils exercé pendant un demi-siècle et plus. Vers la fin de 1771, la femme du Suisse des G***, déjà mère de plusieurs enfans, et en travail depuis plus de vingt heures, quoique la Sage-femme lui eût assuré dès les premières douleurs qu'elle accoucheroit promptement, fit appeler *Barbaut*, que de fausses apparences de bien égarèrent également au point de se retirer

(1) Une de ces dernières pourroit être attestée par une quarantaine d'Elèves qui ont été témoins du fait, préparé en quelque sorte pour leur instruction, puisqu'il nous étoit aussi facile de prévenir la mauvaise situation de la tête de l'enfant, qu'il nous a été aisé de la corriger. Plusieurs de ces Elèves en ont retiré de grands avantages dans leur pratique, et nous ont communiqué depuis de semblables observations.

sans rien proposer, se persuadant que l'accouchement ne tarderoit plus à se terminer. Dix heures s'écoulent encore, sans que la tête, qui s'étoit engagée sans peine jusqu'au fond du bassin, fasse un pas de plus, et *Destremeau* est appelé. Il assure qu'elle va franchir le détroit périnéal, et trompé comme le premier, il redemande celui-ci après plusieurs autres heures, et bientôt ensuite *Solayrès;* ne pouvant s'accorder sur les moyens d'opérer l'accouchement qui leur parut en ce moment des plus difficiles; l'un voulant que ce fût avec le forceps, et l'autre en retournant l'enfant. *Solayrès* recherche d'abord quelle est la position de la tête, dont les tégumens tuméfiés paroissoient presque à la vulve; il observe pendant un instant la direction des forces expultrices, et connoissant l'une et l'autre, il annonce également, mais avec certitude, que l'accouchement va se terminer. On attend de nouveau, et rien ne confirme son avis, parce qu'il n'avoit rien fait encore qui pût mettre la femme dans le cas de le confirmer, ce délai lui paroissant nécessaire, non pas au succès qu'il se promettoit, mais pour prouver la solidité de ses principes à ceux qui l'avoient appelé. Pendant que l'un de ces Accoucheurs se préparoit à opérer, *Solayrès* fit coucher la la femme sur le côté gauche pour y incliner le fond de la matrice et changer la direction de

ses forces (1); il profite des premières douleurs, pour relever le front de l'enfant, qui avoit été poussé sur le ligament sacro-ischiatique gauche (2), pour le diriger en même temps vers le sacrum, et l'accouchement se termine au grand étonnement des deux autres Praticiens (3). Que faut-il de plus pour nous justifier d'être descendu dans tous les détails du mécanisme d'un ordre d'accouchemens pour lesquels nos soins semblent se réduire à ceux d'une simple garde?

Dans le troisième, le quatrième et le cinquième Chapitres de cette seconde Partie, nous traitons des soins et des secours qu'on doit à la femme pendant et après l'accouchement, ainsi qu'à l'enfant nouveau-né; puis de la délivrance. Cette dernière y est traitée dans tous les détails dont elle étoit susceptible; parce que ce point nous a semblé un des plus importans de l'art, sans cependant adopter l'opinion du vulgaire et paroître croire avec lui que le ministère de l'Accoucheur soit alors

---

(1) Le fond de la matrice étoit fort incliné sur le côté droit.

(2) La tête se présentoit de manière que l'occiput répondoit à la cavité cotyloïde droite, et le front à la jonction sacro-iliaque gauche.

(3) Cette observation me fut dictée par *Destremeau* même, en présence de *Solayrès*, qui en fit part dès le même jour à ses Elèves.

constamment nécessaire, et que sans nous la femme ne pourroit en aucun cas se délivrer seule, mais parce que la délivrance, quoique plus simple en apparence que l'accouchement proprement dit, n'offre pas moins de difficultés, en bien des circonstances, et n'exige pas moins de savoir et de dextérité.

Plan de la troisième Partie.

Cette Partie renferme tout ce qui concerne les Accouchemens du second ordre, vulgairement appelés contre-nature, c'est-à-dire, qui exigent les secours de l'art, mais que la main seule peut cependant opérer. En considérant les causes multipliées qui peuvent exiger ces secours étrangers, et en rassemblant les exemples de la variété des mauvaises positions dans lesquelles l'enfant peut se présenter à l'entrée du bassin, nous avons vu que tous ces accouchemens étoient susceptibles d'être rangés sous vingt-trois espèces générales, et que chacune d'elles pouvoit être divisée en quatre autres espèces : c'est l'ordre que nous avons suivi pour les exposer plus méthodiquement.

Les accouchemens où l'enfant présente les pieds constituent la première espèce ; ceux où il offre les genoux, la deuxième ; les fesses, la troisième ; le sommet de la tête, la qua-

trième (1) ; la face, la cinquième ; la partie antérieure du cou, la sixième ; la poitrine, la septième ; le bas-ventre, la huitième ; le devant du bassin et des cuisses, la neuvième ; la région occipitale, la dixième ; le derrière du cou, la onzième ; le dos, la douzième ; les lombes, la treizième ; les parties latérales de la tête, la quatorzième et la quinzième ; les côtés du cou la seizième et la dix-septième ; les épaules, le bras de l'enfant étant engagé ou non engagé dans l'orifice de la matrice, la dix-huitième et la dix-neuvième ; les côtés de la poitrine, la vingtième et la vingt-unième ; enfin, les accouchemens où l'enfant présente l'une des hanches, la vingt-deuxième et la vingt-troisième espèces. Quant aux espèces particulières que comprend chacune de celles-ci, elles sont déduites des positions dans lesquelles les régions énoncées peuvent se présenter à l'orifice de la matrice.

Quelques personnes s'éleveront de nouveau contre cet ordre, si peu usité dans les Traités d'Accouchemens ; d'autres condamneront cette multiplicité de positions, qu'Hippocrate et plusieurs après lui avoient bornées

---

(1) Ces quatre premières espèces d'accouchemens ne sont pas essentiellement contre-nature ; ce sont les circonstances accidentelles du travail qui les rendent quelquefois telles.

à trois principales ; savoir, celle où le sommet de la tête se présente, celle où les pieds viennent les premiers, et celle où l'enfant est placé en travers. C'est à cet égard surtout que ceux qui ne sont ennemis de toute espèce de méthode que parce qu'ils n'ont su s'en former une bonne, vont s'écrier que nous n'avons cherché *à remplir nos cases* que pour grossir le volume : mais que nous importent leurs clameurs, si nous parvenons à instruire, si l'ordre que nous suivons a mérité des éloges à cet ouvrage, lui a assuré la préférence sur beaucoup d'autres, et l'a rendu en quelque sorte le guide de la plupart de ceux qui professent en ce moment l'art des Accouchemens? Malgré cette multiplicité d'espèces, les divisions et subdivisions que nous établissons, l'on ne trouvera cependant rien à cet égard qui ne soit dans l'ensemble des ouvrages connus. Si tout ne se trouve pas dans le même, c'est que chaque Auteur n'a pu voir tout, et s'est en quelque sorte borné à ce qu'il avoit observé dans sa pratique. C'est en les étudiant tous qu'on verra, ce que nous avons déjà annoncé, qu'aucun d'eux ne renferme un corps de doctrine complet, et que nous n'avons, pour ainsi dire, formé celui-ci que des matériaux qu'ils nous ont fournis. Après avoir fait connoître le rapport que ces diverses espèces d'accouchemens ont entr'elles, soit rela-

tivement à la position de l'enfant qui les constitue, ou à la manière d'opérer, nous indiquons en quoi elles diffèrent, ce qu'elles exigent de particulier, et nous renvoyons pour le surplus du manuel de l'opération, à celles qui ont été décrites précédemment, afin d'éviter quelques répétitions.

Plan de la quatrième Partie.

Cette Partie, qui forme le second volume, auroit pu paroître sous un titre particulier, si nous avions pensé qu'elle pût être détachée des trois premières sans nuire à l'ensemble de l'ouvrage, puisqu'elle ne traite en quelque sorte que d'un seul ordre d'accouchemens; de ceux qu'on ne peut opérer plus avantageusement pour la mère ou pour l'enfant, que par le moyen de quelques instrumens, et qu'on a coutume de désigner sous le nom d'Accouchemens laborieux, quoiqu'il y en ait beaucoup de ce nombre qui ne coûtent que très-peu de travail, soit à la femme, soit à celui qui opère. Ce qui concerne la grossesse et l'accouchement de plusieurs enfans, les fausses grossesses et l'avortement, termine ce second volume.

Le premier Chapitre, qui a pour objet de faire connoître le petit nombre d'instrumens qui sont indispensables dans la pratique des

accouchemens, est consacré presque en entier à l'examen du forceps et du levier, qu'on emploie bien plus souvent que les autres, et dont on abuse un peu trop encore aujourd'hui. Pour apprécier leurs avantages et leurs inconvéniens, leur degré d'utilité, la préférence de l'un sur l'autre, et déterminer les cas où ils conviennent, tant absolument que relativement, il falloit examiner leur manière d'agir, leur action sur la tête de l'enfant et sur les parties de la femme, qui tapissent intérieurement le bassin. L'extraction de la tête étant presque toujours le but qu'on se propose, nous avons examiné comment on pouvoit l'obtenir avec l'un et l'autre de ces instrumens, et démontré qu'il ne pouvoient l'opérer qu'autant qu'ils seroient propres tout à la fois à la déplacer, à la comprimer, à changer sa forme et ses dimensions, à l'entraîner à travers le bassin, en lui faisant suivre la marche voulue par la nature en tels ou tels cas, et à suppléer ainsi aux forces expultrices; que celui de ces deux instrumens qui présenteroit tous ces avantages seroit préférable à l'autre. Le forceps nous ayant paru le seul qui pût les offrir, il a fallu, pour mettre des bornes à son emploi, et prévenir l'abus qu'on pourroit en faire, déterminer jusqu'à quel point il pouvoit agir sur l'enfant, sans lui donner la mort, et sur les parties de la femme sans les blesser

dangereusement; faire connoître que ses effets, salutaires ou nuisibles, étoient subordonnés au rapport des dimensions de la tête de cet enfant avec celles du bassin, à la compressibilité de cette tête qui est plus ou moins grande, plus ou moins facile, selon que les os du crâne ont plus ou moins de solidité et sont liés entre eux d'une manière plus serrée ou plus lâche. Nous rapportons le résultat de plusieurs expériences qui nous ont paru les plus propres à jeter du jour sur cet important objet.

Nous nous sommes beaucoup plus étendu sur l'article du levier, dans ce premier Chapitre, que sur celui du forceps, parce que les avantages qu'on lui attribue nous ont semblé devoir être discutés autant que l'abus qu'on a fait de cet instrument devoit être dévoilé. Le Livre de M. *Herbiniaux* nous a entraîné dans cette discussion, trop longue sans doute pour ne pas déplaire dans un ouvrage élémentaire, mais que bien des gens pourront trouver trop courte encore, à cause de l'importance de son objet. Ne faire aucune mention de ce livre, dans lequel l'Auteur s'est permis toutes sortes de personnalités contre nous, et contre ceux qui ont le plus illustré l'art des Accouchemens, c'étoit manquer l'occasion de justifier quelques-uns de nos principes, injustement attaqués, et presque tous altérés par l'Auteur. Si nos Élèves étoient en

insister sur le plan qu'ils ont déjà condamné, que nous avons la maladresse de multiplier les occasions d'employer les forceps, comme nous avons eu l'art de rassembler dans le même Chapitre, tous les cas où il peut être salutaire, et de réduire son application en méthode, nous leur déclarons que personne n'y a recours plus rarement, quoique personne ne soit peut-être plus en vogue que nous, chaque année ne nous présentant pas trois fois l'occasion de le mettre en usage, et nous les invitons à comparer le résultat de leur pratique au résultat de la nôtre, dont on pourra se former une idée d'après le tableau de ce qui s'est passé à l'Hospice de la Maternité depuis que nous en sommes l'Accoucheur en chef (1). Le forceps est cependant, de tous les instrumens, celui qui nous sert le plus, nous dirions volontiers qu'il est le seul, puisque nous n'avons employé le levier que deux ou trois fois (2), et les crochets, y compris les autres instrumens de la même espèce, que quatre à cinq fois, dans le cours de trente-cinq ans, sans y comprendre le très-petit nombre d'occasions que nous avons eu de les employer dans l'Hospice confié à nos soins, et qui est

(1) Ce Tableau n'ayant pu trouver place dans cette Introduction, a été placé à la fin du second volume.

(2) Nous lui avons préféré la branche femelle du forceps : la tête étant dans le cas annoncé aux §. 1268 et suiv. et au §. 1887.

celui du monde entier où il se fait le plus d'accouchemens, où par conséquent il doit se présenter le plus de ces cas difficiles. Après avoir indiqué les moyens de se passer d'instrumens, ne falloit-il pas décrire la manière de s'en servir? et devions-nous, à cet égard, rester dans l'enceinte étroite où s'étoient renfermés la plupart de nos prédécesseurs, lorsque notre tâche étoit d'en reculer les bornes, en n'employant, pour ainsi dire, que les matériaux qu'ils nous avoient laissés?

Le quatrième Chapitre est beaucoup moins étendu que le précédent, parce que l'usage du lévier doit être plus resserré que celui du forceps : les occasions de s'en servir étant beaucoup plus rares. Nous avions d'ailleurs exposé presque tout ce que nous avions à dire de l'emploi de cet instrument, dans le second article du premier Chapitre.

Le cinquième contient de plus grands détails sur les causes qui exigent l'application des instrumens tranchans sur le corps de l'enfant, tels que les crochets, les perce-crâne, etc. et sans lesquels on ne saurait l'extraire du sein de sa mère. Nous indiquons les cas où les crochets méritent la préférence sur les autres; ceux où il convient d'ouvrir le crâne, la poitrine ou le bas ventre, et de démembrer en quelque sorte l'enfant : mais partout nous inspirons plus de dégoût pour ces opérations, que de confiance.

Le sixième Chapitre renferme tout ce qui a rapport aux accouchemens qui ne sauroient être opérés sans le secours d'une autre espèce d'instrumens tranchans, ou de quelques opérations qui n'intéressent que les parties de la femme. Nous rangeons sous trois chefs, toutes les causes qui requièrent ces opérations; le premier comprend les vices de conformation et les maladies des parties molles qui forment ce qu'on appelle vulgairement le passage; le second, les défauts de conformation du bassin; et le troisième, les conceptions extra-utérines ou par erreur de lieu, avec tout ce qui a rapport à la rupture de la matrice. Nous indiquons les opérations qu'exigent ces diverses sources d'obstacles à l'accouchement, et très-sommairement, la manière de procéder à celles qui appartiennent plus spécialement à notre art; telles que l'opération césarienne, et autres. L'opération césarienne et la section du pubis forment deux articles très-étendus. La dernière surtout, nous a paru mériter la plus grande et la plus sérieuse attention; non parce que nous la croyons plus utile, plus recommandable que l'autre, mais parce qu'elle est plus nouvelle dans l'art et moins connue, parce qu'elle a excité récemment une sorte d'enthousiasme, et que bien des Étudians, même des Praticiens avancés en âge, ne savent encore quel jugement ils doivent en porter. Nous avons ajouté aux observations que contenoient les

premières éditions de cet ouvrage, toutes celles que nous avons pu recueillir de plus; avec des réflexions sur la plupart, qui ne seront pas sans utilité à ceux qui les liront sans prévention. Et pour répandre plus de jour encore sur ce qui concerne cette opération, dont la nécessité et le produit ne peuvent être bien connus et bien déterminés qu'au moyen du compas et de la règle, nous avons fait graver deux planches auxquelles on pourra recourir pour la plus grande intelligence du texte; et une troisième qui représente la coupe faite par M. *Alphonse Leroy*, sur la femme dont il est parlé au §. 2086, et celle qui l'avoit été, quelques jours auparavant, par M. *de Mathiis*, et qui fait le sujet du §. 2093.

Si les Planches ont paru d'un grand secours pour l'étude de quelques arts, nous avons pensé qu'elles ne seroient pas moins utiles à l'égard de celui que nous professons. Parmi le grand nombre de celles qui auroient pu répandre quelque clarté de plus sur le texte de cet ouvrage, nous n'avons choisi que les plus importantes. Sept appartiennent au premier volume, et dix au second. Des premières, six concernent le bassin, et la septième présente l'image d'un nœud du cordon ombilical, qui n'avoit peut-être pas encore été observé. Des autres, six ont rapport à l'application du forceps; une seule, à celle du levier; et le reste, à la section du pubis.

TABLE

DES CHAPITRES, ARTICLES ET SECTIONS

CONTENUS DANS LE PREMIER VOLUME.

PREMIÈRE PARTIE.

SECONDE PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

droit d'exiger cette justification, peut-être nous reprocheront-ils de n'avoir su nous défendre de toutes espèces de ressentiment contre le critique; et d'avoir souillé notre plume par quelques expressions peu ménagées : il auroit été difficile à tout autre, comme à nous, de s'en préserver, ayant le livre de M. *Herbiniaux* sous les yeux pendant une aussi longue discussion.

Nous examinons succinctement dans le second Chapitre toutes les causes qui exigent l'emploi des instrumens, mais particulièrement du forceps. Parmi ces causes, l'enclavement est celle qui a fixé le plus notre attention; les autres étant déjà connues, ou ne pouvant être exposées dans ce Chapitre, sans y paraître comme un hors-d'œuvre. Nous y entrons dans le détail de tout ce qui peut donner lieu à l'enclavement; nous en exposons les signes, les accidens, et les indications relativement à l'accouchement. Nous faisons connoître ensuite en quoi la tête qui est réellement enclavée diffère de celle qui n'est qu'arrêtée au passage : ce point de doctrine ayant été tellement négligé par les Auteurs, qu'il se trouve à peine deux Accoucheurs aujourd'hui qui aient de l'enclavement les mêmes notions, et qui sachent distinguer cet état d'avec celui qui vient à sa suite dans notre ouvrage.

Les règles générales qui concernent l'appli-

cation du forceps, et celles qui sont relatives à chacun des cas où il peut être utile, font le sujet du troisième Chapitre. Quoique cet instrument soit entre les mains de tous ceux qui exercent l'art des Accouchemens, il y en a peu qui savent l'employer à propos et comme il convient : de là le peu de succès qu'on en retire, l'abus qu'on en fait journellement, les meurtres qu'on lui attribue, et le discrédit où ses adversaires ont voulu le jeter. On verra dans ce Chapitre, que la manière de s'en servir n'est pas arbitraire; que les règles selon lesquelles on doit en user, doivent se déduire de la forme de cet instrument même, et de ses effets; du rapport des dimensions de la tête de l'enfant avec celles du bassin de la mère; de la position de cette tête, de la marche qu'elle doit suivre pour se dégager; enfin, du mécanisme même de l'accouchement naturel. Effrayés par le nombre d'articles qu'il comprend, quelques Accoucheurs se sont efforcés d'inspirer des craintes à leurs Élèves sur notre doctrine, de décrier notre pratique en répandant qu'elle étoit des plus instrumentantes et des plus pernicieuses. Nous entrevoyons avec peine que cet ouvrage ne sera d'aucune utilité pour ceux-là : ils se sont trop égarés dans la carrière qu'ils ont entrepris de parcourir, pour revenir sur leurs pas ; aussi n'est-ce pas pour eux que nous le réimprimons. Crainte qu'ils ne se persuadent davantage en nous voyant

FIN DE LA TABLE DU TOME PREMIER.

EXTRAIT des Registres de l'Académie de Chirurgie.

Du jeudi 9 juillet 1789.

MESSIEURS *Chopart* et *Antoine Dubois*, nommés commissaires pour l'examen du *Traité des Accouchemens*, *par* M. BAUDELOCQUE, ont dit dans leur rapport, que si la première édition de cet ouvrage avoit mérité l'approbation de l'Académie, par la solidité des principes et la méthode avec laquelle ils étoient exposés, cette seconde leur paroissoit bien plus digne du suffrage de la Compagnie, par rapport aux corrections et additions considérables que l'auteur vient d'y faire : la Compagnie en conséquence permet à M. Baudelocque de prendre, à la tête de ce traité, le titre de *Conseiller de l'Académie de Chirurgie*, et de le faire imprimer sous son privilége. En foi de quoi j'ai signé le présent Extrait, que je certifie véritable et conforme aux registres. A Paris, le 10 juillet 1789.

Signé LOUIS, *Secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie.*

L'ART

DES

ACCOUCHEMENS.

PREMIÈRE PARTIE.

Des Connoissances anatomiques, physiologiques, relatives à l'Art des Accouchemens.

Définition de l'accouchement.

§. 1. L'ACCOUCHEMENT est la sortie de l'enfant et de ses dépendances, du sein de la femme.

2. Cette opération, purement mécanique, est soumise aux lois du mouvement, et s'exécute le plus souvent par les seules forces des organes de la femme : comme fonction naturelle, aucune autre de l'économie animale n'exige le concours de tant de puissances, et n'est aussi pénible, aussi douloureuse, ni entourée de tant de dangers. Sa facilité dépend toujours de la réunion de plusieurs causes ; et le défaut d'une seule de ces causes peut la rendre difficile, impossible même sans les secours de l'art, souvent dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

Des connoissances nécessaires à l'Accoucheur.

3. Si le ministère de l'accoucheur se réduit en quelque sorte à celui de simple spectateur dans le cas où cette fonction se fait conformément au vœu le plus constant de la nature, il est aussi beaucoup de circonstances où son activité devient nécessaire. Quelquefois il est à propos de modérer l'action des puissances naturelles qui s'efforcent de porter l'enfant au-dehors, et de ralentir la marche trop rapide de l'accouchement; d'autres fois, d'accélérer cette marche, en augmentant les forces expultrices de ces mêmes puissances, en y suppléant par des forces étrangères, ou en affoiblissant la résistance des parties qui forment le passage, afin de le rendre accessible à l'enfant, ou bien en lui ouvrant une autre issue, etc. Quelque simple et facile que paroisse cette tâche au premier coup d'œil, il faut cependant de grandes connoissances pour la bien remplir, pour distinguer le domaine de l'art de celui de la nature, pour laisser agir cette mère prévoyante, ou l'aider à propos. Il faut connoître, sous tous les rapports possibles, les parties de la femme qui servent à l'accouchement, le mécanisme de cette importante fonction, la manière dont elle s'opère, les conditions qui y sont requises, les causes qui peuvent la rendre difficile, ou s'y opposer, et les indications que prescrivent chacune de ces causes. Si quelques-unes de ces connaissances s'acquièrent par l'étude et la méditation, les autres ne sauroient être puisées que dans la pratique de l'art même.

CHAPITRE PREMIER.

Des parties de la femme qui ont rapport à l'Accouchement.

4. Parmi le grand nombre des parties de la femme qui ont quelque rapport à l'accouchement, les unes servent à la génération, à contenir et à expulser l'enfant, et les autres forment seulement le canal destiné à le transmettre à la lumière : ce qui permet de les distinguer en actives et en passives. Celles-ci comprennent le bassin et les parties molles qui le recouvrent, tant intérieurement qu'extérieurement; les autres sont la matrice, les muscles abdominaux, etc.

Des parties de la femme qui servent à l'accouchement.

ARTICLE PREMIER.

Du bassin de la femme, considéré relativement à l'Accouchement.

5. Le bassin, considéré isolément des parties molles qui l'environnent de toutes parts, et tel que le squelette le présente aux yeux de l'Anatomiste, est une sorte de cavité osseuse et irrégulière, située au-dessous de l'épine dont elle forme la base, et au-dessus des extrémités inférieures avec lesquelles les plus grands des os qui la forment sont articulés. C'est toujours du rapport de ses dimensions

Du bassin.

avec celles de la tête de l'enfant, que dépend la facilité de l'accouchement, et d'où proviennent ses plus grandes difficultés.

Des os qui forment le bassin.

6. Dans l'âge adulte, il n'est formé que de quatre pièces principales; savoir, des os des îles ou innominés, qui en constituent les côtés et le devant; de l'os sacrum et du coccix, qui en font la partie postérieure; mais on en remarque un bien plus grand nombre dans le fœtus et l'enfance, chaque os des îles étant alors composé de trois parties, de l'ilium proprement dit, de l'ischium et du pubis; le sacrum, de cinq, connues sous le nom de fausses vertèbres; et le coccix de trois, comme dans l'adulte même.

7. La plupart de ces pièces sont souples et flexibles dans le fœtus, quelques-unes n'étant encore que cartilagineuses, et le bord des autres se trouvant incrusté d'une pareille substance : ce n'est qu'avec le temps que toutes acquièrent la solidité qui constitue l'essence de l'os. Ce n'est pas seulement dans les os du bassin que cette disposition se remarque au terme de la naissance, où l'homme, pour ainsi dire, est à peine ébauché; on l'observe encore dans tous les autres os; car la nature suit partout la même marche dans le développement des parties qui doivent former la charpente de l'édifice. Les Accoucheurs qui ont cru trouver dans la multiplicité des os qui forment le bassin du fœtus, dans la manière dont ils sont liés entre eux, et dans le peu de solidité du tout qui en résulte, des dispositions favorables, même nécessaires à l'accouchement, et qui ont avancé que ces os éprouvoient au moment de la sortie de

l'enfant les mêmes déplacemens ou les mêmes changemens que ceux du crâne, se sont fait illusion; et l'on peut assurer que leur opinion est aussi peu d'accord avec la raison qu'avec l'expérience (1).

SECTION PREMIÈRE.

De l'os ilium.

De l'os des îles.

8. L'os ilium est la plus grande des trois pièces qui composent l'os des îles dans le fœtus; il est placé sur les côtés du bassin, et on l'appelle vulgairement l'os des hanches. Sa forme, à peu près triangulaire, permet d'y considérer deux faces, dont une fait partie de l'intérieur du bassin, et l'autre de l'extérieur; trois bords, un supérieur, un antérieur, et un postérieur, ainsi que trois angles.

9. Une espèce d'angle, ou de ligne assez tranchante dans les deux tiers postérieurs de son étendue, ou environ, et plus arrondie dans le reste de sa longueur, coupe obliquement de haut en bas et de derrière en devant la face interne de l'ilium,

---

(1) « Dans le fœtus, dit un Auteur des plus modernes, le bassin est souple et flexible, ce qui facilite » les différentes attitudes qu'il prend dans la matrice, » favorise l'accouchement par le siège et par les pieds: » dans l'un ou l'autre cas, les différentes pièces dont il » est composé, font, par rapport à leur flexibilité, ce » qu'exécutent les os du crâne dans l'accouchement naturel. » M. *Deleurie*, nouv. édit. §. 8.

et la divise en deux parties, dont une est supérieure, et l'autre inférieure. La première, qui est la plus large et légèrement concave, forme la fosse iliaque; la seconde présente d'abord en arrière une sorte de tubérosité à laquelle s'attachent plusieurs faisceaux tendineux et ligamenteux; et un peu plus en-devant, une empreinte cartilagineuse articulaire, dont la figure a quelque rapport à celle d'un croissant, ou du pavillon de l'oreille. Le reste de la face interne de l'ilium fait partie de la marge et de la cavité du bassin, et décrit une très-petite portion de cercle.

10. La face externe de l'ilium est plus irrégulière encore que l'interne; elle est si peu importante à connoître relativement à l'accouchement, que nous nous dispenserons de la décrire ici. Elle se trouve recouverte par les muscles fessiers qui y sont attachés.

11. Le bord supérieur de l'ilium, qu'on appelle la crête de l'os des îles, est contourné à peu près comme l'S italique. Il es cartilagineux dans l'enfance; d'une épaisseur irrégulière dans l'adulte, et de la longueur de sept à huit pouces chez une femme de taille ordinaire. On lui assigne deux lèvres et un interstice, pour déterminer, sans doute, plus exactement l'attache des muscles dont il sera fait mention dans la suite. La lèvre interne forme une espèce d'angle plus ou moins obtus, à peu près vers le tiers postérieur de sa longueur, auquel vient s'insérer un ligament qui est attaché de l'autre part à l'apophyse transverse de la dernière vertèbre des lombes. *Voyez* §. 44.

12. Le bord antérieur de l'ilium est beaucoup

plus court que le supérieur. Une apophyse qui s'élève au milieu, et que les anatomistes appellent Epine antérieure et inférieure de l'os des îles, y fait paroître deux échancrures assez superficielles, dont l'une ne donne passage qu'à quelques petits cordons nerveux, tandis que l'autre sert comme de poulie au tendon du muscle psoas et de l'iliaque à sa sortie du bassin. La rencontre de ce bord avec le supérieur forme un angle presque droit qu'on a nommé Epine supérieure et antérieure, pour la distinguer de celle dont il est parlé ci-desssus. Elles servent l'une et l'autre à l'insertion de plusieurs muscles.

13. On voit à peu près la même disposition dans le bord postérieur de l'os ilium : un prolongement osseux y fait paroître également deux échancrures, dont la plus grande ne forme que le sommet d'une autre beaucoup plus grande encore, placée de chaque côté du bassin et un peu en arrière, qu'on nomme Echancrure sacro-ischiatique. De la réunion de ce même bord avec le supérieur, résulte un autre angle appelé Epine postérieure et supérieure de l'os des îles.

14. La rencontre du bord antérieur de l'ilium avec le bord postérieur, forme un angle beaucoup plus épais et plus obtus que les précédens, ce qui fait que plusieurs Anatomistes l'ont regardé comme la base de l'os. On y remarque trois facettes ou empreintes cartilagineuses qui n'ont aucune ressemblance entre elles. L'une, assez grande, un peu concave, et dont le bord supérieur décrit une espèce de croissant, fait à peu près le tiers de la cavité cotyloïde qui sert à recevoir la tête de l'os

fémur : c'est par les deux autres que l'os ilium s'unit et se soude à l'ischium et au pubis, comme on le verra dans la suite. Le cartilage qui recouvre la portion cotyloïdienne est très-mince, très-lisse, et continuellement humecté pendant la vie, d'une humeur muqueuse connue sous le nom de Synovie. Celui des deux autres facettes est d'une nature différente ; semblable au cartilage qui borde ou qui incruste l'ilium même supérieurement, et à celui qui unit partout les épiphyses au corps de l'os, il ne se remarque que dans l'enfance, et se convertit insensiblement en os, à mesure que l'on avance vers l'âge adulte.

Section II.

De l'os ischium.

De l'os ischium.

15. L'os ischium est situé presque perpendiculairement au-dessous de l'ilium. Comme sa figure irrégulière en rend en quelque sorte la division arbitraire, nous y distinguerons trois parties, dont l'une en formera le corps, et les autres les extrémités.

16. La première est triangulaire : l'une de ses faces regarde l'intérieur du bassin ; la seconde, le dehors de cette cavité ; et c'est sur la troisième, qu'on appelle Tubérosité ischiatique, que porte le tronc quand on est assis. Des trois angles du corps de l'ischium, il en est deux qui bordent sa tubérosité tant intérieurement qu'extérieurement, et que les Anatomistes prennent pour les lèvres de cette tubérosité ; l'autre est d'une forme semilunaire, et fait partie du trou ovalaire.

17. Une longue apophyse un peu aplatie, assez large dans son principe et plus étroite à son extrémité, termine l'os ischium en devant, et en est regardée comme la branche. L'un des bords de ce prolongement concourt à la formation du trou ovalaire ; et l'autre, à celle de l'arcade du pubis ou de la grande échancrure qui se voit au bas du bassin antérieurement. Sa pointe se soude à une semblable production de l'os pubis, au moyen d'un cartilage qui s'ossifie constamment avant l'âge de maturité.

18. L'extrémité postérieure de l'os ischium est plus volumineuse que son corps, et représente une sorte de masse irrégulière, sur laquelle on peut néanmoins distinguer cinq faces d'une largeur inégale, avec un bien plus grand nombre de bords et d'angles, qu'il seroit inutile de décrire. Des faces, trois sont cartilagineuses et destinées aux mêmes usages que celles qu'on voit sur l'angle inférieur de l'ilium, c'est-à-dire, qu'une d'elles fait partie de la cavité cotyloïde, et que les deux autres servent à l'union de l'ischium avec le pubis et l'ilium : la quatrième regarde l'intérieur du bassin, et la cinquième, le dehors. Cette dernière semble jeter en arrière et un peu obliquement en bas, une production assez aiguë, dont la base est large, et la longueur de cinq à six lignes : on la nomme Epine ischiatique.

SECTION III.

De l'os pubis.

De l'os pubis.

19. L'os pubis, vulgairement appelé l'Os barré, forme avec son semblable la partie antérieure du bassin. Le corps de cet os est presque triangulaire dans son milieu, aplati vers l'endroit de son union avec celui de l'autre côté, et assez épais à l'extrémité qui répond à la cavité cotyloïde dont il fait partie.

20. La face supérieure de cet os est large en arrière, étroite en devant, et légèrement concave entre ses extrémités; elle sert comme de sinuosité aux vaisseaux cruraux, à leur sortie du bas-ventre. La face interne et la face externe présentent quelque légère différence; elles sont larges en devant, et étroites vers l'extrémité cotyloïdienne. L'angle supérieur et interne du corps de cet os est tranchant, et fait partie de la marge du bassin. L'angle externe est arrondi, et l'inférieur sémi-lunaire; ce dernier forme une portion du trou ovalaire.

21. La grosse extrémité de l'os pubis, que nous appellerons Cotyloïdienne, offre deux facettes un peu alongées, par lesquelles elle s'unit à l'ilium et à l'ischium, au moyen d'un cartilage qui s'ossifie insensiblement et disparoît après plusieurs années. On y remarque aussi une autre facette beaucoup plus étendue, légèrement concave et recouverte d'une lame cartilagineuse très-mince, par laquelle l'os pubis concourt, de même que l'ilium et l'ischium, à former la cavité cotyloïde.

22. L'extrémité antérieure de l'os pubis présente une empreinte cartilagineuse et ligamenteuse, longue au plus de quinze à dix-huit lignes et large de six, qui sert à l'union de cet os avec son semblable. La direction de cette empreinte articulaire est presque verticale, lorsque le bassin est appuyé sur les tubérosités ischiatiques et la pointe du coccix; mais son extrémité inférieure est plus ou moins inclinée en arrière, quand la femme est debout. Le milieu, seulement, du bord interne de cette facette, est recouvert d'un cartilage très-lisse, comme le sont toutes les extrémités des os joints par articulation mobile. *Voyez* §. 38.

23. Cette empreinte ligamento-cartilagineuse et la face supérieure du corps de l'os pubis, forment à leur point de réunion un angle presque droit, qu'on appelle Angle du pubis. Au-dessus et un peu à côté de cet angle, paroît une espèce de tubérosité, quelquefois même une sorte d'épine plus ou moins saillante, qui sert à l'insertion du muscle droit du bas-ventre, ainsi qu'à celle du pyramidal et du pilier externe et inférieur de l'anneau inguinal.

24. Une production en forme d'apophyse, longue de sept à huit lignes, assez large et aplatie supérieurement, mais plus étroite à sa pointe, descend de l'extrémité antérieure du corps de l'os pubis, et passe communément pour en être la branche. Elle est comme torse sur elle-même, de l'intérieur du bassin au-dehors, de sorte qu'un de ses bords est presque antérieur et l'autre postérieur; celui-ci fait partie du trou ovalaire, et celui-là de l'arcade du pubis.

25. La branche du pubis ne descend pas perpendiculairement à l'horizon ; elle s'incline constamment vers le trou ovalaire, en se portant en arrière et sur le côté, mais beaucoup plus dans la femme que dans l'homme; ce qui rend l'arcade du pubis bien plus large vers son sommet, et favorise l'accouchement autant que la disposition contraire auroit pu y mettre d'obstacles.

Section IV.

De l'union des trois os qui forment celui des îles ou innominé, et des dimensions ordinaires de ce dernier dans l'âge adulte.

De l'union des trois parties qui forment l'os innominé dans l'enfance.

26. Ces trois pièces osseuses, destinées à n'en former qu'une seule après l'enfance, sont unies dans le premier âge, par le moyen d'un cartilage assez épais, mais d'une nature différente de ceux qui font partie des symphyses sacro-iliaques et de celle du pubis; car il est de son essence de s'ossifier, et il s'ossifie toujours, tandis que ceux-ci ne le font qu'accidentellement, et on ne peut plus rarement encore. Cette espèce de soudure entre les os ilium, ischium et pubis, se fait à-peu-près vers le milieu de la cavité cotyloïde, et toujours avec tant de régularité, qu'on a peine à distinguer dans la suite le lieu de la jonction de ces trois pièces; si ce n'est cependant au-dessus de la cavité dont il s'agit, où l'on remarque une ligne plus ou moins saillante, que les Anatomistes appellent Ligne ilio-pectinée, parce qu'elle est formée par la réunion de l'os ilium et de l'os pubis.

27. Il arrive souvent chez les enfans affectés de rachitis avant l'âge où cette soudure est parfaite, que les trois pièces qui forment la cavité cotyloïde sont poussées par la tête du fémur vers l'intérieur du bassin, au point que l'entrée de cette cavité en devient en quelques cas assez étroite et assez irrégulière pour qu'il en résulte dans la suite les plus grands obstacles à l'accouchement.

Des parties communes qui résultent de l'union des trois os dont il s'agit.

28. La jonction de la branche du pubis avec celle de l'os ischium, se fait également au moyen d'un cartilage qui s'ossifie après plusieurs années. Du rapport de ces deux os se forme cette grande ouverture ovalaire qui se voit de chaque côté sur le devant du bassin, de même que l'échancrure qui se trouve au bord antérieur de la cavité cotyloïde.

Des dimensions de l'os innominé, dans l'âge adulte.

29. L'os innominé, dans une femme adulte et de taille ordinaire, a six pouces de largeur ou environ, considéré de l'épine antérieure et supérieure à l'épine postérieure et supérieure. Sa hauteur est à peu près de six pouces, prise de l'épine antérieure au bas de la tubérosité ischiatique; et d'un pouce de plus, si on la prend du milieu de la crête de l'os des îles. La connoissance de cette hauteur peut servir à déterminer la profondeur de la cavité du bassin latéralement, depuis le détroit supérieur jusqu'à l'inférieur. *Voyez* §. 136.

Section V.

De l'os sacrum.

De l'os sacrum.

30. L'os sacrum représente une espèce de pyramide renversée, aplatie et un peu recourbée vers le dedans du bassin. On doit en considérer la base, la pointe, les faces et les bords.

31. La base du sacrum étant plus large antérieurement que postérieurement, ressemble assez bien à un cône tronqué. On y voit au milieu une empreinte cartilagineuse d'une figure oblongue, et taillée très-obliquement de devant en arrière, par laquelle le sacrum s'articule au corps de la dernière vertèbre des lombes. Deux petites masses également articulaires paroissent comme adossées au bord postérieur de cette empreinte, près ses extrémités, et forment avec elle des gouttières qui logent la cinquième paire des nerfs lombaires, à leur sortie du canal vertébral; ces apophyses se lient à de semblables de la vertèbre désignée, comme on le verra ci-après.

32. La pointe du sacrum présente aussi une facette cartilagineuse, transversalement oblongue. mais beaucoup plus petite que celle de la base, et inclinée à contre-sens : c'est avec elle que s'unit le coccix.

33. La face antérieure du sacrum décrit une courbure, de la profondeur d'environ un demi-pouce. On y remarque quatre lignes tranversales, résultantes de la soudure des cinq pièces qui constituoient cet os dans le premier âge. Ces lignes aboutissent de chaque côté à autant de trous pra-

tiqués très obliquement dans l'épaisseur de l'os, et dont l'usage est de donner issue aux nerfs sacrés. Ils communiquent avec un canal, dont l'entrée et la sortie se voient à la face postérieure du sacrum. Il ne sont pas tous de la même largeur, et quelques uns d'eux s'alongent en forme de gouttière vers les bords de l'os : on les appelle Trous sacrés.

34. La face postérieure du sacrum est convexe et hérissée d'un grand nombre de tubercules, dont les uns répondent aux apophyses épineuses des vertèbres, et les autres aux éminences obliques et transverses. On y voit aussi huit trous, placés sur deux rangées, dont l'usage est de donner passage à quelques filets de nerfs et à plusieurs vaisseaux sanguins. Au-dessus et au-dessous des tubercules épineux se remarquent deux autres ouvertures, d'une figure à peu près triangulaire, dont l'une forme l'entrée et l'autre la sortie du canal sacré. De l'extrémité de ce canal descendent deux petites productions en forme de stilet, qui s'unissent au moyen d'un ligament à la partie supérieure et postérieure du coccix.

35. Chaque bord du sacrum présente supérieurement une grande empreinte cartilagineuse, parfaitement semblable à celle des os ilium avec lesquels il se joint. Ces empreintes articulaires, de figure à peu près semi-lunaire, sont coupées obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, et de devant en arrière; de sorte que leur bord antérieur et leur extrémité supérieure sont plus loin de la ligne qui diviseroit le sacrum verticalement en deux parties égales, que n'en sont leur bord

postérieur et leur extrémité inférieure : d'où l'on voit que le sacrum est enclavé entre les os des îles, à la manière d'un double coin, dont l'une des bases seroit en haut et l'autre en devant. Les bords du sacrum n'offrent rien de bien remarquable dans le reste de leur étendue, si ce n'est une petite échancrure à leur extrémité inférieure. La longueur de cet os est ordinairement de quatre pouces à quatre pouces et demi; sa plus grande largeur, de quatre pouces; et son épaisseur, prise du milieu de sa base antérieurement jusqu'à l'extrémité du tubercule épineux de sa première fausse vertèbre, de deux pouces et demi. Cette dernière dimension varie si peu, que je n'y ai pas trouvé une ligne de différence sur trente ou trente-cinq bassins, dont la plupart étoient difformes; ce qui est, comme on le verra ci-après, très-important à savoir. *Voyez* §. 130.

SECTION VI.

Du coccix.

Du coccix.

36. Le coccix, ou l'os du croupion, est formé le plus constamment de trois pièces, dont l'ensemble décrit encore une sorte de pyramide, longue de douze à quatorze lignes, et quelquefois plus, légèrement recourbée sur sa partie antérieure, et liée par sa base à la pointe de celle que représente le sacrum. Nous ne donnerons de ces trois pièces que la description nécessaire pour faire connoître leurs connexions, soit entre elles, soit avec le sacrum. La largeur et l'épaisseur du coccix dimi-

nuant insensiblement depuis le haut de la première pièce jusqu'à l'extrémité de la dernière, on peut considérer à chacune d'elles une base, une pointe, deux faces et deux bords. La base de la première présente une facette oblongue, revêtue d'une substance ligamento-cartilagineuse par laquelle elle s'unit à l'extrémité du sacrum; et, sur les côtés et en arrière de cette empreinte, deux tubercules alongés où viennent s'insérer autant de ligamens. La pointe en est arrondie et couverte d'un cartilage articulaire; semblable à une petite tête applatie, elle est reçue dans un enfoncement superficiel qui se remarque à la base de la seconde pièce, et forme avec celle-ci une espèce d'articulation par genou, dont les mouvemens, quoique bornés, s'entretiennent plus long-temps que ceux de la totalité du coccix sur le sacrum. On trouve à peu près le même rapport, la même réciprocité de figure, entre la pointe de la seconde pièce et la base de la troisième; conséquemment la même espèce de connexion. Cette troisième pièce est plus alongée et plus étroite que la précédente, et se termine par une sorte de tubérosité, presque semblable à celle des dernières phalanges des doigts.

Section VII.

De l'union des os du bassin.

De la jonction des os pubis entre eux.

37. Les os pubis sont joints entre eux par le moyen d'une substance qu'on a de tout temps désignée sour le nom de cartilage, quoiqu'elle diffère autant de celui-ci que du ligament. Selon quelques

anatomistes, chaque os pubis est revêtu de son cartilage, leur jonction n'est pas une vraie synchondrose, mais une articulation serrée qui ne permet que des mouvemens insensibles.

38. En examinant cette symphyse avec soin, on remarque que chaque os pubis est en effet revêtu d'un cartilage à son extrémité antérieure, que ce cartilage est plus épais en devant qu'en arrière, et plus encore à sa partie supérieure et à l'inférieure que dans le milieu de sa longueur; que ces os ainsi revêtus sont liés entre eux au moyen d'une substance qui paroît ligamenteuse, et dont les fibres, la plupart transversales, vont de l'un à l'autre; que ces fibres sont disposées de manière que les plus profondes sont les plus courtes, et les plus superficielles les plus longues; qu'elles laissent entre elles des espèces de mailles remplies par des petits corps rougeâtres, assez semblables à ceux qui se voient autour des articulations et qu'on prend communément pour des glandes synoviales. L'on observe de plus, que cette substance fibreuse et ligamenteuse n'occupe pas toute l'épaisseur de la symphyse et ne lie pas les os dans toute l'étendue de la surface que présente leur extrémité antérieure, mais qu'il existe une véritable articulation de l'espèce connue sous le nom d'Arthrodie. Si l'on ouvre cette symphyse vers le dedans du bassin, après une toile celluleuse, mince et très-lâche qui se voit d'abord, on découvre une membrane capsulaire dont les fibres les plus apparentes sont transversales; ensuite deux facettes cartilagineuses, lisses, polies et humides, longues de six à huit lignes et larges de deux, d'une figure un

peu semi-lunaire, légèrement convexe à l'un des os et concave à l'autre : ces facettes comprennent à peu près le tiers moyen de la longueur de la symphyse, et le tiers postérieur de son épaisseur. Cette symphyse offre donc dans le tiers de son étendue, ou à peu près, une véritable articulation, et dans le reste une synévrose et une synchondrose en même temps.

39. Cette substance composée et articulaire étant détachée des os, forme une espèce de coin dont la base constitueroit le devant de la symphyse, et le tranchant, sa partie postérieure; ce qui fait que ces os semblent se toucher vers l'intérieur du bassin, et paroissent écartés de plusieurs lignes en dehors. La base de cette espèce de coin est à peu près de quatre à six lignes de largeur vers le milieu de la longueur de la symphyse, et de huit à dix tant à la partie supérieure que dans l'inférieure; tandis que le tranchant se trouve au plus d'une ligne. Son épaisseur, prise selon celle des os, est plus grande supérieurement qu'inférieurement, où cette substance, devenue plus mince, forme ce qu'on appelle le ligament triangulaire.

40. Ce premier moyen d'union ne suffisoit pas pour donner à la jonction des os pubis, la fermeté nécessaire au libre exercice des fonctions auxquelles le bassin est destiné; il falloit que des trousseaux ligamenteux et aponévrotiques vinssent la recouvrir et la fortifier de toutes parts, surtout antérieurement. Indépendamment de cette substance ligamenteuse, épaisse et très-forte, qui forme le devant de la symphyse, on y remarque des faisceaux de fibres tendineuses qui s'entrecroisent de mille

2..

manières, et dont les unes viennent des muscles grêles internes et obturateurs externes, et les autres des piliers externes des anneaux inguinaux. Il faut ajouter les piliers internes de ces mêmes anneaux, qui se croisent sur le haut de la symphyse, celui du côté droit s'attachant au pubis gauche, et celui du côté gauche au pubis droit. Nous remarquerons que l'expansion triangulaire qui termine la symphyse inférieurement, et qui forme le haut de l'arcade du pubis, paroît avoir d'autres usages que celui de servir à lier étroitement les os.

De la jonction du sacrum avec les os des îles.

41. L'os sacrum est engagé à la manière d'un coin, entre la partie postérieure des os innominés auxquels il est uni. Quoique des anatomistes prétendent que cette union est semblable à celle des os pubis, cependant on y découvre une grande différence, car chaque facette articulaire y est revêtue d'une vraie lame cartilagineuse dans toute son étendue, et il y a de part et d'autre des inégalités, des tubercules et des cavités, qui se reçoivent mutuellement; tandis qu'on ne voit rien de tout cela dans la jonction des os pubis. Ces cartilages articulaires ne présentent pas la même épaisseur sur l'un et sur l'autre os; celui qui appartient au sacrum ayant presque partout une ligne, et celui de l'os des îles étant très-mince. Ils sont blanchâtres, comme striés en plusieurs endroits, et humectés d'un peu de synovie. L'on ne découvre nulle part dans l'étendue de ces surfaces articulaires, de fibres de traverse qui aillent de l'un à l'autre os, comme il s'en remarque dans la connexion des os pubis : de sorte que ces articulations, que nous

nommerons souvent Symphyses sacro-iliaques, tiennent toute leur force du grand nombre de ligamens qui les entourent.

42. La plupart de ces ligamens sont très-courts, et ne s'étendent pas au-delà du bord des facettes articulaires; les autres, beaucoup plus gros, plus longs et plus forts, se remarquent supérieurement, inférieurement et postérieurement, et ne semblent pas faire partie de ces symphyses, quoique leur plus grande force en dépende.

43. Les premiers peuvent s'appeler Ligamens sacro-iliaques antérieurs : ils sont disposés en manière de bandes, la plupart très-minces, qui passent transversalement du bord antérieur de la facette articulaire de l'os des îles au bord de celle du sacrum. Les plus fortes et les plus épaisses de ces bandes ligamenteuses se voient au-devant du sommet de l'échancrure sacro-sciatique, et au bas de la symphyse sacro-iliaque même.

44. Les ligamens supérieurs, les plus remarquables, sont au nombre de deux de chaque côté. L'un descend du bord inférieur des apophyses transverses de la dernière vertèbre lombaire, au bord supérieur de la facette articulaire du sacrum et de celle de l'os des îles, en s'épanouissant sur le haut de la symphyse; et l'autre va de la pointe de ces mêmes apophyses à l'angle que fait en dedans la crête de l'ilium, d'où il s'avance un peu en devant, en s'élargissant et en formant une espèce de petite faux au-dessus de la fosse iliaque.

45. Les ligamens inférieurs, un de chaque côté, connus sous le nom de Sacro-ischiatiques, naissent de quelques-unes des inégalités de la partie posté-

rieure du sacrum, du coccix et de l'os des îles : ils sont larges et minces en arrière, mais ils se rétrécissent et deviennent plus épais en se portant en avant. Etant parvenus vers le milieu de l'échancrure ischiatique, ces ligamens se partagent en deux branches, dont la plus courte se termine à l'épine de l'ischium, et la plus longue à la lèvre interne de la tubérosité de ce même os, le long de laquelle elle forme, en s'avançant vers le pubis, une espèce de gouttière ou de faux, qui lui a fait donner le nom de Ligament falciforme. Ces deux bandes ligamenteuses laissent entre elles un espace triangulaire dans lequel passent quelques nerfs, et le tendon du muscle obturateur interne.

46. Les ligamens postérieurs, plus nombreux et plus courts, mais plus forts encore et plus tendus que ces derniers, vont des os ilium aux tubercules du sacrum, qui représentent, par leur situation, les apophyses obliques de la deuxième, troisième et quatrième fausses vertèbres dont cet os étoit originairement formé.

De la jonction du sacrum avec la dernière vertèbre.

47. Le sacrum n'est pas seulement articulé avec les os des îles, il l'est encore avec la colonne vertébrale et le coccix. Sa jonction avec la première se fait dans trois endroits différens : 1.° il est uni par cette empreinte cartilagineuse et transversalement oblongue qui se remarque au milieu de sa base, à une semblable empreinte du corps de la dernière vertèbre lombaire, au moyen d'une substance capable de ressort ; 2.° par les deux petites masses articulaires qui sont comme adossées au bord postérieur de cette première empreinte, à de pareilles apophyses de la vertèbre dont il s'agit.

48. La substance fibro-cartilagineuse, élastique, qui unit le milieu de la base du sacrum à l'épine, est entièrement semblable par sa nature, à celle qui se voit entre le corps de toutes les vertèbres. Elle est très-épaisse en devant, et très-mince en arrière; ce qui rend plus obtus l'angle qui devoit nécessairement résulter de la disposition des facettes articulaires de ces deux os. Cette jonction sacro-vertébrale est entourée d'un grand nombre de ligamens, dont les uns sont à l'extérieur, et les autres cachés dans le canal vertébral.

49. Tout mouvement n'est point interdit à cette espèce de jonction ; mais comme il ne dépend que de la compression de la substance intermédiaire, celui qu'on y remarque ne peut être que très-petit. Si le bassin en exécute un plus grand sur le tronc, il ne faut le regarder que comme un composé de celui qui se passe entre chaque vertèbre lombaire et les dernières du dos.

50. Le mouvement qui se passe exclusivement dans l'union du corps de la dernière vertèbre lombaire avec la base du sacrum, n'est jamais assez étendu pour que l'angle qui résulte de la jonction de ces deux parties en devienne plus aigu ou plus obtus (1) ; mais la convexité que décrit la colonne

---

(1) On seroit dans l'erreur si on croyoit, comme quelqu'un l'a pensé, que la saillie formée par l'union du sacrum et de la dernière vertèbre lombaire, puisse être augmentée ou diminuée par ce mouvement ; et cette erreur pourroit au moins conduire à priver la femme d'un moyen qui la soulage, pour l'ordinaire, de l'importunité des douleurs de reins qui la tourmentent assez souvent dans l'accouchement. *Voyez* le §. 612.

lombaire peut être augmentée ou diminuée, au moyen du mouvement composé dont on vient de faire mention, selon qu'on renverse le tronc en arrière, qu'on le courbe en avant, ou qu'on relève les fesses quand on est couché sur le dos; ce qui mérite d'être bien observé dans la pratique des accouchemens : car on peut, par ce moyen, changer favorablement la direction de l'axe du bassin relativement à celui du corps de la femme, à celui de la matrice, et à la direction des forces expultrices, qu'on rend plus ou moins efficaces selon les circonstances, en faisant garder à la femme une attitude convenable.

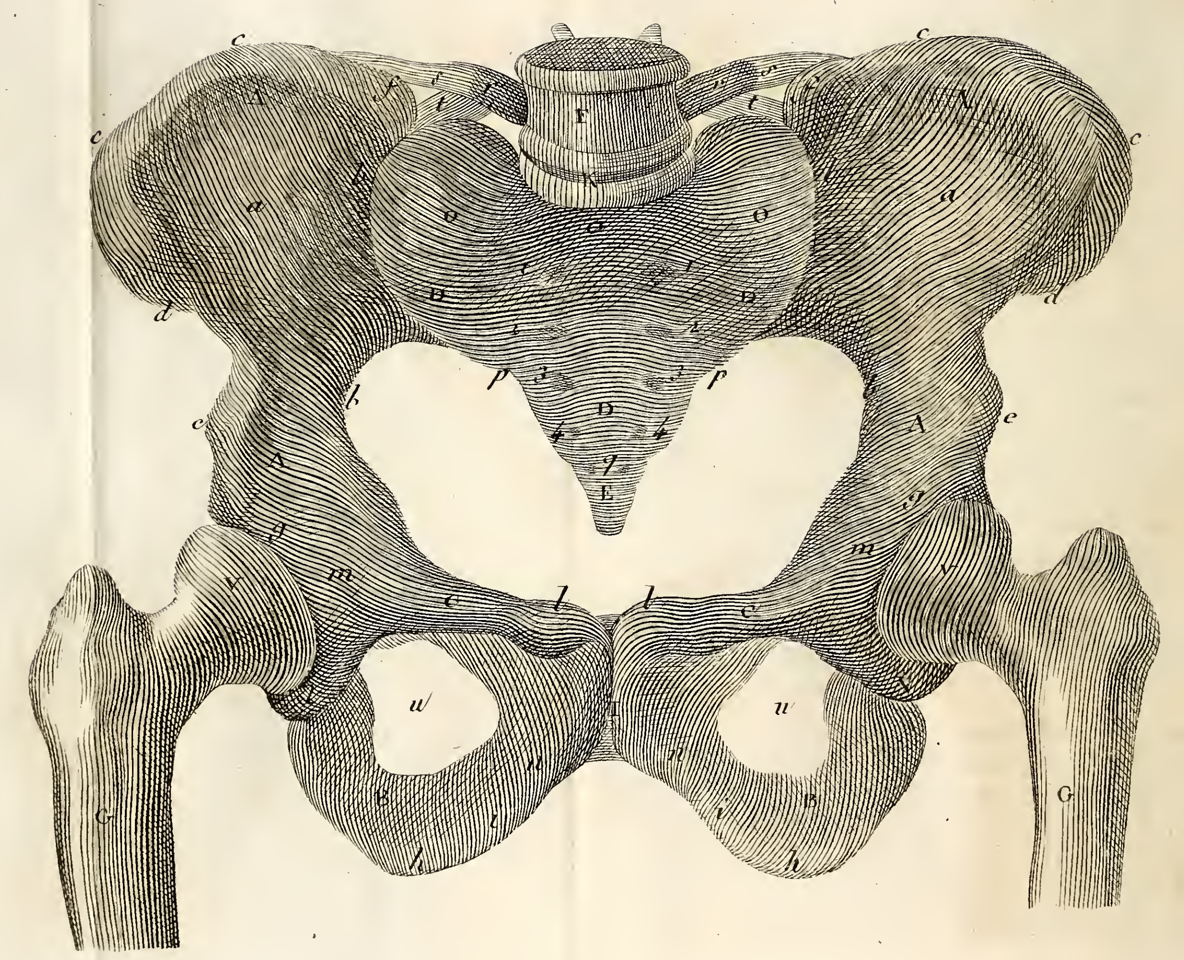
De la jonction du coccix avec le sacrum.

51. La jonction du coccix avec le sacrum est semblable à celle qu'on nomme sacro-vertébrale, eu égard aux moyens qui la constituent. Elle permet à cet appendice de se mouvoir, et de céder plus ou moins à la pression qu'il éprouve en différentes circonstances. Cette mobilité, qui est très-grande dans les premières années, s'affoiblit insensiblement et se perd avec l'âge. Soit qu'elle diminue ou qu'elle se perde avant l'époque de la vie où la femme devient stérile, il en résulte dans certains cas, mais très-rares, des obstacles à l'accouchement.

De la connexion du bassin avec les os des cuisses.

52. Le bassin a des connexions avec les extrémités inférieures, qu'il n'est pas aussi important que l'accoucheur connoisse, qu'on s'est efforcé de le persuader. Leurs vices ne peuvent troubler la marche naturelle de l'accouchement quand le bassin est bien fait, et le plus souvent ils ne sont que la suite de la mauvaise conformation de celui-

Première Planche. P. 25.



Chaillu del. — *...ousse Sculp.*

ci. Ces articulations sont des énarthroses qui permettent des mouvemens en tous sens.

Explication de la première Planche.

Cette figure représente un bassin bien conformé, et dont toutes les parties sont réduites à peu près à la moitié de leur grandeur naturelle.

A, A, A, A, les os ilium proprement dits.

a, a, les fosses iliaques.

bb, bb, l'angle qui divise transversalement et obliquement de derrière en devant la face interne de l'os ilium en deux parties, et qui fait portion de la marge du bassin.

cc, cc, la crête des os des îles.

dd, les épines supérieures et antérieures des os des îles.

ee, ee, les épines antérieures et inférieures des os des îles.

ff, l'angle que forme la lèvre interne de la crête de l'os des îles vers l'extrémité de ses deux tiers antérieurs, et où vient s'attacher un ligament inséré de l'autre part à l'apophyse transverse de la dernière vertèbre lombaire.

g, g, angle inférieur des os ilium, qui fait partie de la cavité cotyloïde.

B, B, les os ischium.

h, h, les tubérosités des os ischium.

i, i, les branches des os ischium.

k, k, la partie postérieure des os ischium, qui fait portion de la cavité cotyloïde.

C, C, le corps des os pubis.

l, l, l'angle des os pubis.

m, *m*, extrémité postérieure de os pubis, qui fait partie de la cavité cotyloïde.

n, *n*, la branche descendante des os pubis, qui s'unit à celle des ischium.

D, *D*, *D*, l'os sacrum.

1, 2, 3, 4, les trous sacrés antérieurs.

o, *o*, *o*, la base du sacrum.

p, *p*, les côtés du sacrum.

q, la pointe du sacrum.

E, le coccix.

F, la dernière vertèbre lombaire.

r, *r*, les apophyses transverses de la vertèbre dont il s'agit.

s, *s*, ligament qui va de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre, à l'angle de la lèvre interne de la crête des os des îles indiqué par les lettres *f f*.

t, *t*, autre ligament qui descend de ces mêmes apophyses au bord supérieur des symphyses sacro-iliaques.

G, *G*, le fémur, ou l'os de la cuisse.

V, *V*, la tête du fémur reçue dans la cavité cotyloïde.

u, *u*, les trous ovalaires.

H, la symphyse des os pubis.

I, *I*, les symphyses sacro-iliaques.

K, la symphyse sacro-vertébrale.

SECTION VIII.

De l'écartement des os du bassin dans l'Accouchement.

53. Quelque solidement que soient articulés les os des îles et le sacrum entre eux, quelque multipliés que soient les moyens que la nature ait employés pour donner à cet ensemble la stabilité nécessaire au libre exercice des mouvemens du tronc et des extrémités inférieures, dont le bassin est en quelque sorte le centre, leurs symphyses peuvent néanmoins se relâcher, et s'affoiblir au point de jouir quelquefois d'une mobilité apparente; elles peuvent céder à l'impulsion des agens extérieurs, aux efforts même de l'accouchement, s'alonger ou se déchirer, et permettre aux os de s'écarter : ce qui sembleroit, dans l'un et l'autre cas, devoir procurer plus de capacité au bassin, et préparer à l'enfant une issue plus facile. Telle est en effet l'opinion de la plupart de ceux qui ont écrit sur l'art des accouchemens depuis plus de deux mille ans. La sagesse divine, qui préside à tout, ne leur a point paru moins admirable dans cet écartement que dans la solidité, qu'il importoit d'ailleurs de donner aux symphyses du bassin; et, sans ce double bienfait de la nature, la femme, selon ces Auteurs, n'auroit pu se transporter aussi commodément et aussi sûrement d'un lieu à l'autre, ni enfanter aussi facilement qu'elle le fait.

Opinions des Auteurs à ce sujet.

54. Tous les Auteurs n'ont cependant pas eu la même idée de l'écartement accidentel des os du bassin. Si les uns, admirateurs zélés des ressources

de la nature, entièrement occupée de la conservation de la mère et de l'enfant, n'y ont trouvé qu'un effet digne de sa prévoyance, d'autres l'ont regardé comme un état morbifique, et plusieurs en ont contesté jusques à la possibilité.

55. Telle a été, de tout temps, et telle est encore, en ce moment, la variété des opinions sur ce point. Il est bien certain que les os du bassin peuvent s'écarter dans l'accouchement; mais cela n'arrive pas aussi constamment qu'on l'a cru, et l'expérience démontre même que cet écartement, loin d'être aussi commun, se rencontre rarement; qu'il n'est pas plus ordinaire à la suite d'un accouchement laborieux qu'après un accouchement naturel, ni chez la femme dont le bassin est vicié, que chez celle qui l'a bien conformé. Nous l'avons souvent recherché dans tous ces cas, par l'ouverture du cadavre, et à peine s'est-il présenté sur une seule femme, de manière à ne laisser aucun doute sur son existence.

Causes prédisposantes de l'écartement des os du bassin.

56. L'infiltration de la sérosité du sang dans le tissu ligamenteux des symphyses, doit être regardée comme la cause prédisposante la plus ordinaire de l'écartement des os du bassin; et tout ce qui peut donner lieu à cette infiltration en devient la cause éloignée. La pression que la matrice, chargée du produit de la conception, exerce pendant plusieurs mois de suite sur le tronc des vaisseaux qui se distribuent à ces symphyses, et sur ceux qui rapportent le sang et la lymphe des extrémités inférieures, ne peut seule produire cet effet; et pour qu'il ait lieu, il faut encore admettre une altération particulière des solides et des fluides qui rende ces

derniers plus propres à s'infiltrer, et les premiers à se laisser pénétrer. Cette pression est à peu de chose près la même chez toutes les femmes dont le bassin est bien conformé, et cependant le relâchement des symphyses n'existe pas chez toutes au moment de l'accouchement : elle est plus forte chez les femmes qui sont enceintes de plusieurs enfans, chez celles dont le bassin offre peu de capacité, et néanmoins l'infiltration dont il s'agit n'est pas plus ordinaire dans ces sortes de cas que dans les autres. A l'examen du cadavre d'un assez grand nombre de femmes dont le bassin étoit singulièrement difforme, nous avons trouvé les symphyses aussi serrées que dans l'état naturel, quoique ces femmes fussent mortes peu de jours après l'accouchement, et qu'il y eût chez plusieurs une infiltration considérable dans toute l'étendue des extrémités inférieures, et des parties extérieures de la génération. Quelles que soient les causes éloignées du relâchement des symphyses, il n'en est pas moins la cause prédisposante la plus ordinaire de l'écartement des os du bassin; et il étoit déjà connu pour tel du temps de Severin Pineau. (*Voyez* ses Opuscules d'Anat. et de Physiolog.)

Causes immédiates de l'écartement.

57. Si le relâchement des symphyses, produit par l'infiltration de la sérosité dans leur tissu, est généralement regardé comme la cause prédisposante de l'écartement des os du bassin, le gonflement des cartilages qui font partie de ces symphyses, ne sauroit passer pour en être la cause immédiate : quel que soit le relâchement des ligamens, ces cartilages, qui incrustent l'extrémité des os pubis et les facettes articulaires des os des îles

et du sacrum, n'en présentent pas plus d'épaisseur. Ils ne peuvent donc pas agir comme autant de coins placés entre ces os, ainsi que le font les racines du lierre qui croissent et s'étendent dans la fente des rochers, ou les coins de bois sec fichés dans les trous qu'on y a pratiqués à dessein d'en séparer de grosses masses (1). La structure des symphyses, mieux connue aujourd'hui, n'admet plus ces comparaisons ingénieuses; et l'explication du phénomène n'en devient pas, pour cela, plus difficile. Le coin qui écarte les os du bassin n'agit pas entre les extrémités de ces os, mais dans le cercle que forme leur ensemble, dans le bassin même : c'est la matrice chargée du produit de la conception, dans les derniers temps de la grossesse; et dans celui de l'accouchement, c'est la tête de l'enfant, poussée par l'action de la matrice et par celle des muscles abdominaux. Quelque grand que puisse être cet écartement, en certaines occasions, on peut aussitôt remettre les os dans leur contact naturel, et rendre les symphyses aussi étroites, mais non pas aussi solides qu'elles étoient primitivement : ce qui ne pourroit avoir lieu si les cartilages étoient tuméfiés, comme on l'a publié. L'erreur de quelques Auteurs sur la plus grande capacité du bassin et le plus grand contour des hanches chez les femmes, même qui n'ont eu qu'un seul enfant, est une suite de la première, et ne vient que de l'idée où l'on étoit que les cartilages

(1) Voyez Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie, tome IV. Dissertation sur l'écartement des os du bassin, par M. Louis.

qui font partie des symphyses se tuméfioient pendant la grossesse : rien n'est plus absurde et plus faux que cette assertion.

Rupture des symphyses.

58. L'écartement qui se fait accidentellement au moment de l'accouchement, n'est pas toujours la suite du relâchement et de l'alongement du tissu ligamenteux des symphyses. Peu disposées à prêter ainsi dans quelques cas, où les obstacles au passage de l'enfant sont très-grands, et les efforts qui tendent à l'expulser, très-soutenus, ces symphyses peuvent aussi se déchirer : ce qui permet aux os de s'écarter bien davantage qu'ils ne l'eussent fait à l'occasion du simple relâchement de leurs ligamens. Mais alors si le passage en devient un peu plus libre, les suites en sont aussi bien plus fâcheuses : comme elles sont les mêmes, à peu de chose près, que celles qu'on a souvent observées après la section de la symphyse du pubis, nous en ferons mention à l'article de cette nouvelle opération, où nous rapporterons quelques exemples de la rupture dont il s'agit. Pour que le mot rupture que nous employons ici ne laisse aucune prise à l'erreur, nous ajouterons que ce n'est pas la symphyse des os pubis proprement dite qui se déchire, car aucun effort ne peut rompre ce tissu ligamenteux; la symphyse se détache de l'un des os, et en laisse la substance à nu.

59. Les efforts naturels de l'accouchement suffisent en quelques cas pour l'opérer, mais plus souvent elle n'est due qu'à ceux d'un accouchement laborieux, à l'action du levier ou du forceps : on l'a observée aussi à la suite d'une percussion extérieure, ou d'une chute.

Erreur de la plupart des Auteurs sur l'écartement des os du bassin.

60. En se faisant illusion sur le principe de cet écartement, quelle qu'en soit la cause, on a dû nécessairement errer dans les conséquences qu'on en a déduites. On s'est tellement persuadé qu'il avoit lieu dans tous les accouchemens, qu'on a cru qu'il y devenoit absolument nécessaire, et que sans lui bien des femmes ne pourroient se délivrer qu'avec beaucoup de peine, et d'autres point du tout. « Ce » seroit en vain, dit Severin Pineau, que le col » de la matrice et les autres parties molles se dila» teroient pour le passage de l'enfant, si les os » ne pouvoient s'écarter (1) : autrement, ajoute » Paré, l'enfant ne pourroit passer par une voie » aussi étroite » (2).

61. S'étant ainsi abusé sur la nécessité et les prétendus avantages de cette diduction, il a fallu compter avec Fernel (3), parmi les causes de l'accouchement difficile et laborieux, la résistance naturelle des symphyses, et surtout la sécheresse et la rigidité que l'âge y apporte nécessairement : l'on a attribué à l'état de ces symphyses des obstacles qui ne dépendoient que de la résistance du col de la matrice et des parties extérieures : on a recommandé de les humecter et de les relâcher par l'usage des bains, des cataplasmes, des linimens, des fomentations, etc. : mais que peuvent de pareils moyens, quand le canal du bassin trop étroit s'oppose à l'accouchement ?

62. Quelqu'un de bonne foi oseroit-il assurer

---

(1) *Opusc. physiolog. et anatom. lib. II.*
(2) *Lib. XXIV, cap. XIII.*
(3) *Patholog. lib. VI, cap. XV.*

qu'il a obtenu une seule fois de ces moyens l'effet qu'il en attendoit, et qu'il a favorisé de cette manière des accouchemens qui n'auroient pu être terminés que par l'opération césarienne, comme on l'a publié si souvent (1)? Nous nous serions dispensés de faire connoître l'illusion qu'on s'est faite à cet égard, si elle n'avoit entraîné quelques Praticiens dans une erreur d'une bien plus grande conséquence (2), que l'intérêt de l'humanité et la gloire de l'art nous forcent de relever et de détruire, s'il est possible. Pour apprécier tous ces moyens et fixer le degré de confiance qu'on devroit y avoir, en supposant qu'ils puissent opérer le relâchement des symphyses du bassin, il faut déterminer l'amplitude que peut donner à celui-ci l'écartement des os qui le constituent.

De l'ampliation que peut donner l'écartement des os du bassin.

63. Les os pubis ne peuvent s'éloigner l'un de l'autre, que la circonférence du bassin n'en soit augmentée; c'est un fait si positif, que le moindre doute à cet égard seroit une preuve d'ignorance ou de mauvaise foi : mais de combien le diamètre en devient-il plus grand? Si cette circonférence étoit parfaitement ronde, chaque diamètre qu'on y pourroit imaginer, recevroit un tiers de cette ampliation ; mais comme elle est en général d'autant plus elliptique que le bassin s'éloigne davantage de son état naturel, tous ces diamètres ne s'accroissent pas dans les mêmes proportions, et

(1) Dissertation sur l'écartement des os du bassin, déjà citée ; par M. Louis.

(2) Voyez le chap. de la section du pubis, tome II.

il n'y a, pour ainsi dire, que le transversal qui en devienne plus étendu.

64. L'augmentation de celui qui va de devant en arrière, ou du sacro-pubien, se réduit presque à zéro, quand l'écartement est médiocre. Des expériences multipliées ont fait voir que les os pubis devoient s'éloigner au moins d'un pouce, pour procurer deux lignes de plus à ce diamètre, tandis que le transversal s'accroît de six lignes, et souvent au-delà.

Des cas où cet écartement paroîtroit avoir quelque utilité.

65. Le bassin étant déjà plus large qu'il le faut pour l'accouchement, chez la plupart des femmes, l'écartement dont il s'agit ne saurait être un avantage pour elles, et rendre leur délivrance plus facile. Loin de le regarder, avec quelques Auteurs, tant anciens que modernes (1), comme un bienfait de la nature, il faudroit le considérer chez ces femmes comme une nouvelle source d'inconvéniens; car d'un côté nous voyons que la trop grande largeur du bassin les expose à nombre d'accidens (2), et de l'autre, qu'il en est beaucoup qui sont inséparables de l'écartement et de la mobilité des os qui forment cette cavité: au lieu de favoriser l'accouchement dans tous ces cas, il le rend plus pénible et plus douloureux, comme l'observation nous l'a démontré (3). Si on devoit en attendre

---

(1) Voyez la Dissert. déjà citée sur l'écartement des os du bassin.

(2) Voyez §. 86 et 87.

(3) Une femme de la meilleure complexion et d'un âge moyen, qui étoit accouchée de ses premiers enfans avec tant de promptitude, que nous avions eu à peine le temps

quelques avantages réels, à ne le considérer encore que sous le rapport du passage de l'enfant, ce ne seroit qu'à l'égard des femmes dont le bassin est vicié, et seulement de celles où le défaut de largeur, qui rend l'accouchement impossible, n'est que de deux lignes au plus; puisqu'un pouce d'écartement ne peut procurer que deux lignes d'accroissement au petit diamètre du détroit supérieur (*Voyez* le §. 64), qui est presque toujours celui d'où naissent les plus grands obstacles à la sortie de cet enfant. Si l'on ne doit attendre d'un écartement d'un pouce, qui n'a jamais eu lieu entre les os pubis, sans que leur symphyse ne se soit déchirée, que deux lignes d'accroissement dans la direction du petit diamètre du détroit supérieur, qu'obtiendra-t-on d'un écartement toujours beaucoup moindre, et si peu apparent chez la plupart des femmes, qu'on pourroit douter de son

---

de nous rendre auprès d'elle, quoique peu éloignée, ressentit, dès les derniers mois de sa grossesse, des douleurs aiguës dans les symphyses du bassin, qui rendirent sa marche incertaine, pénible, même claudicante. Ces douleurs supportables alors, devinrent si inquiétantes et si vives dans le moment de l'accouchement, et surtout pendant les efforts que cette femme essayoit de faire pour accélérer sa délivrance, que rien ne put l'engager à soutenir ces derniers, ni la détourner de l'attitude qu'elle avoit prise machinalement, pour relâcher toutes les puissances musculaires qui s'attachent au bassin : ce qui rendit l'accouchement plus long et plus douloureux que les précédens, quoique l'enfant fût beaucoup plus petit que les premiers.

existence? Loin que ce diamètre en devienne plus grand, le cercle du bassin n'en paroît pas même augmenté. L'examen d'un grand nombre de femmes mortes en couches, montre que l'écartement dont il s'agit s'étend on ne peut plus rarement jusqu'à deux lignes; et nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois au-dessus de ce terme (1).

66. Mais en supposant que l'art puisse procurer un écartement d'un pouce entre les os pubis, sans diviser leur symphyse, ce qui est impossible, quel est le Praticien qui oseroit affirmer, sans crainte de se tromper, que le volume de la tête de l'enfant ne surpasse que de deux lignes l'étendue du petit diamètre du détroit supérieur? S'il est difficile d'apprécier au juste le degré d'ouverture du bassin, il est encore bien plus difficile de juger de la grosseur de la tête de l'enfant. Ce n'est qu'en prenant le terme moyen, entre les plus grosses et les plus petites, qu'on établit ordinairement le rapport de ses dimensions avec celles du bassin; mais un à peu près dans le cas supposé ne peut tenir lieu de la précision qui seroit nécessaire.

Opinion qu'on doit avoir des moyens proposés pour favoriser cet écartement

67. On voit très-clairement, d'après ces réflexions, ce qu'on doit penser des moyens propo-

(1) Le relâchement de la symphyse des os pubis étoit si grand, qu'on pouvoit les écarter de quatorze lignes, et les remettre de même dans leur contact naturel. Le bassin étoit des plus grands, et le cadavre entièrement putréfié. La femme était morte depuis trois semaines, mais peu d'heures après l'accouchement, puisque la matrice ne s'étoit nullement contractée sur elle même, et n'avoit pas expulsé la totalité de l'arrière-faix.

sés par Severin Pineau, dans les vues de favoriser l'ampliation du bassin; ainsi que de l'opinion des Accoucheurs qui se vantent d'avoir délivré par ces moyens des femmes qui n'auroient pu l'être que par l'opération césarienne.

68. La proscription de la section de la symphyse du pubis, quoique pratiquée plusieurs fois depuis 1777 avec toute l'apparence du succès que son Auteur pouvoit désirer, paroît une conséquence inévitable de ces mêmes réflexions : cette opération n'étant que le fruit de l'opinion qu'ont embrassée des personnes instruites, mais trop crédules, touchant les prétendus avantages de l'écartement spontané des os pubis. (*Voyez* la suite de cet ouvrage.)

69. Si nous avons démontré l'inutilité de l'écartement le plus ordinaire des os du bassin, quoique fort rare d'ailleurs, combien de fois l'expérience n'en a-t-elle pas fait connoître le danger? Quand même il seroit au pouvoir de l'art de procurer cet écartement sans couper la symphyse; quand cet écartement pourroit en quelques cas faire cesser l'obstacle à la sortie de l'enfant, les suites de celui qui s'est fait spontanément ont-elles toujours été assez heureuses pour nous autoriser à lui donner la préférence sur d'autres moyens également propres à faire disparoître cet obstacle, et presque toujours exempts de graves inconvéniens, soit pour la mère, soit pour l'enfant?

Des suites de la diduction des os du bassin, et

70. Lorsque cet écartement s'est fait brusquement, des douleurs aiguës dans les lieux qui se sont entr'ouverts, l'impossibilité de marcher et

Des moyens curatifs qui conviennent en pareil cas.

quelquefois même de remuer les extrémités inférieures, l'inflammation, la fièvre, les dépôts, la carie, la mort, en ont été les tristes suites. Lorsqu'il ne vient que du relâchement des symphyses, et qu'il n'est que léger, si les suites en sont moins fâcheuses, puisqu'une marche chancelante et douloureuse est tout ce qui l'accompagne, il ne donne aucune amplitude de plus au bassin.

71. Si les symphyses relâchées se raffermissent à la longue, si les os du bassin, chez la plupart des femmes, reprennent leur première stabilité, si la claudication disparoît, combien de fois n'a-t-on pas remarqué aussi que rien de tout cela n'avoit lieu, que l'impuissance de marcher, et même de remuer les cuisses et les jambes, sans éprouver les plus vives douleurs, avoit subsisté pendant des années entières.

72. On seroit dans l'erreur si on se persuadoit qu'une pareille impuissance et de pareilles douleurs dénotent toujours de grands désordres dans la jonction des os du bassin. Nous sommes convaincus que ces accidens peuvent être la suite d'un très-petit écartement et de la plus légère vacillation des os des îles. Une femme auprès de laquelle nous fûmes appelé, étoit détenue au lit depuis dix mois, en proie aux plus vives douleurs dans la jonction des os pubis et dans celle de l'un des os des îles avec le sacrum, toutes les fois qu'elle essayoit de remuer les extrémités inférieures, quoique rien ne pût nous faire reconnoître l'écartement de ces symphyses : on observoit au plus un peu de mobilité dans celle du pubis. L'accident s'étoit annoncé au moment de l'accouchement, et

l'on accusoit la sage-femme d'avoir luxé ces os. La claudication qui résulte du relâchement des symphyses du bassin, quand elles ne se raffermissent pas, n'est pas toujours aussi pénible, il est vrai; si la femme éprouve de la douleur dans les premiers temps, toutes les fois qu'elle essaie de marcher, elle en ressent moins dans la suite, parce que les parties qui constituent ces symphyses s'accoutument au tiraillement qui naît de la mobilité des os.

73. D'après ces observations, l'écartement des os du bassin ne paroîtra qu'un accident de plus, et quelquefois un accident très-grave, puisqu'il peut influer sur les suites des couches, même sur la vie de la femme, ou rendre son existence long-temps incommode. Les topiques astringens, les fumigations aromatiques, les bains froids même à la glace, sont les moyens qui conviennent le mieux dans le cas de simple relâchement, pour redonner aux symphyses la force qu'elles ont perdue; mais on ne doit en commencer l'usage qu'après le temps des couches, dans la crainte de supprimer l'écoulement des lochies. En attendant ce moment, on prescrit le repos et on fixe les os du bassin par un bandage convenable, si la circonstance l'exige (1). Les indications sont différentes et bien

---

(1) Quelques tours de bande étroitement serrés sur le bassin, suffirent chez une femme qui étoit accouchée depuis dix-huit ou vingt jours, pour la mettre dans le cas de marcher dans sa chambre, quoique auparavant elle ne put se remuer dans le lit sans de grandes douleurs; on n'employa point d'autres moyens que ce bandage. Une

plus urgentes dans le cas de rupture des symphyses : il faut prévenir l'inflammation et ses suites, ouvrir les dépôts quand ils se manifestent, traiter les caries qui en proviennent quelquefois, etc. ; heureux quand la femme en est quitte à ce prix.

SECTION IX.

De la division du bassin et de ses dimensions naturelles.

Division du bassin.

74. Un rebord le plus souvent elliptique, rarement circulaire, et quelquefois d'une figure irrégulière, mais toujours plus ou moins incliné de derrière en devant, divise la cavité du bassin en deux parties, dont une très-évasée en forme comme le bord ou le pavillon, et l'autre le fond.

Du grand bassin et de ses dimensions.

75. La première qu'on désigne ordinairement sous le nom de Grand bassin, évasée sur les côtés et très-échancrée en devant, a communément huit à neuf pouces de largeur, prise de l'épine antérieure et supérieure d'un os des îles à celle de l'autre, et trois à quatre de profondeur. On y voit en arrière la saillie des vertèbres lombaires, et sur les côtés les fosses iliaques. Cette partie n'est pas la plus intéressante à connoître relativement à l'accouchement.

---

autre femme accouchée depuis neuf mois, ayant fait usage sans succès de topiques astringens, et de fumigations aromatiques, ne recouvra la faculté de marcher librement qu'au moyen des bains froids et presque à la glace.

76. La seconde partie du bassin forme une espèce de canal dont l'entrée et la sortie ont un peu moins de largeur que le milieu; ce qui fait qu'on y a distingué deux détroits et une excavation.

Du petit bassin.

77. Le détroit supérieur, qu'on peut aussi appeler détroit abdominal, n'est en quelque sorte que le rebord dont il est parlé au §. 74 : c'est l'espèce de cercle qui forme l'entrée du canal. (*Voyez pl. II.*) Sa forme n'est pas constamment la même, ainsi qu'on l'a déjà remarqué. Sa pente, ou son obliquité de derrière en devant, qu'un Accoucheur du premier ordre a fixée de trente-cinq à quarante degrés (*Voyez* Levret), ne peut être connue au juste, parce qu'elle est un peu différente dans chaque sujet.

Du détroit supérieur.

78. Pour déterminer plus exactement l'étendue de ce détroit, il est nécessaire d'y remarquer plusieurs diamètres. Le plus petit, dont la longueur est en général de quatre pouces, s'étend du milieu de la saillie du sacrum à la partie supérieure et interne de la symphyse du pubis : on peut le nommer sacro-pubien. Le plus grand passe d'un côté à l'autre du détroit, et a, pour l'ordinaire, un pouce de plus que le précédent. Les autres, au nombre de deux, s'étendent diagonalement du fond de l'une des cavités cotyloïdes, à la jonction sacro-iliaque opposée, en traversant obliquement le détroit, ce qui leur a fait donner le nom de diamètres obliques : ils ont ordinairement six lignes de plus que le sacro-pubien et six lignes de moins que le diamètre transversal. Ces deux derniers coupent le bassin à angles droits, et les diamètres obliques divisent ces angles en aigus.

De ses dimensions.

Différences qu'y apportent les parties molles intérieures.

79. La longueur respective de ces diamètres, considérée d'ailleurs par rapport à l'accouchement, n'est pas telle que nous venons de l'indiquer; les parties molles qui se trouvent dans le bassin, y apportant quelques changemens. Ils perdent tous également de leur longueur, à cause de l'épaisseur du col de la matrice, toujours peu considérable dans son extrême développement, puisqu'elle ne surpasse pas alors celle de trois ou quatre feuilles de papier ordinaire; mais il n'en est pas de même par rapport aux muscles qui se trouvent dans le bassin. Le grand diamètre ou le transversal, est presque le seul que les psoas diminuent dans leur trajet, et ils le font plus ou moins selon leur grosseur individuelle, et que le détroit est d'une forme plus elliptique ou plus arrondie; mais ils le diminuent toujours assez pour que ce diamètre paroisse au premier coup d'œil un peu plus court que les autres. Si ces muscles font perdre quelque chose aux diamètres obliques du côté de leur extrémité postérieure, cela n'empêche pas que ces diamètres ne restent les plus grands, et qu'on ne doive les considérer comme tels relativement à l'accouchement, excepté dans quelques bassins viciés.

Du détroit inférieur.

80. Le détroit inférieur ou périnéal, en général plus petit et de figure moins régulière que le supérieur, n'est pas entièrement formé, comme celui-ci, de parties osseuses : son bord, que trois larges et profondes échancrures rendent inégal, étant complété en arrière et sur les côtés par les ligamens sacro-ischiatiques, et décrivant en devant une espèce de cintre appelé Arcade du pubis.

(*Voyez pl. III.*) On doit y remarquer cependant autant de diamètres que dans le premier : leur longueur est communément d'environ quatre pouces. Quoique le transversal ou celui qui s'étend d'un ischium à l'autre, soit assez souvent un peu plus étendu que celui qui va de la pointe du coccix au bas de la symphyse du pubis, il doit passer pour le plus petit, relativement à l'accouchement, parce que le dernier s'augmente ou peut s'augmenter dans la proportion que la pointe du coccix s'éloigne du pubis. Il est très-utile, d'après cette observation, de se rappeler que le grand diamètre du détroit inférieur est parallèle au plus petit du détroit supérieur, et qu'il croise le plus grand de ce même détroit à angle plus ou moins aigu; parce que cette remarque est importante pour l'explication de quelques-uns des phénomènes de l'accouchement ordinaire, et le devient infiniment plus dans la pratique des accouchemens difficiles. En la mettant à profit, dans bien des cas, le doigt seul méthodiquement dirigé, peut faire disparoître des obstacles qu'on auroit eu peine à surmonter avec les instrumens, ou qu'on ne surmonteroit avec ces moyens qu'en exposant l'enfant à de grands inconvéniens : comme on le remarquera dans la suite.

De ses dimensions.

De leur rapport avec celles du détroit supérieur.

81. La partie moyenne du bassin est un peu plus large de devant en arrière que ne le sont les détroits; et cette disposition, qui provient de la courbure du sacrum, est autant favorable à l'accouchement, que l'excès ou le défaut de la même courbure peuvent lui être contraires. D'un côté, elle diminue les frottemens multipliés et long-

De l'excavation du bassin, et de sa largeur.

temps continués que la tête de l'enfant auroit nécessairement éprouvés si le bassin avoit eu partout la même largeur; et de l'autre, elle prévient les effets de la forte pression des nerfs sacrés, que la forme aplatie du sacrum auroit rendu inévitable pendant tout le trajet de cette tête.

De sa hauteur ou profondeur.

82. La cavité du bassin n'est pas également profonde partout; elle a pour l'ordinaire quatre à cinq pouces de profondeur en arrière, trois pouces et demi ou environ sur les côtés, et au plus dix-huit lignes en devant.

De l'arcade du pubis.

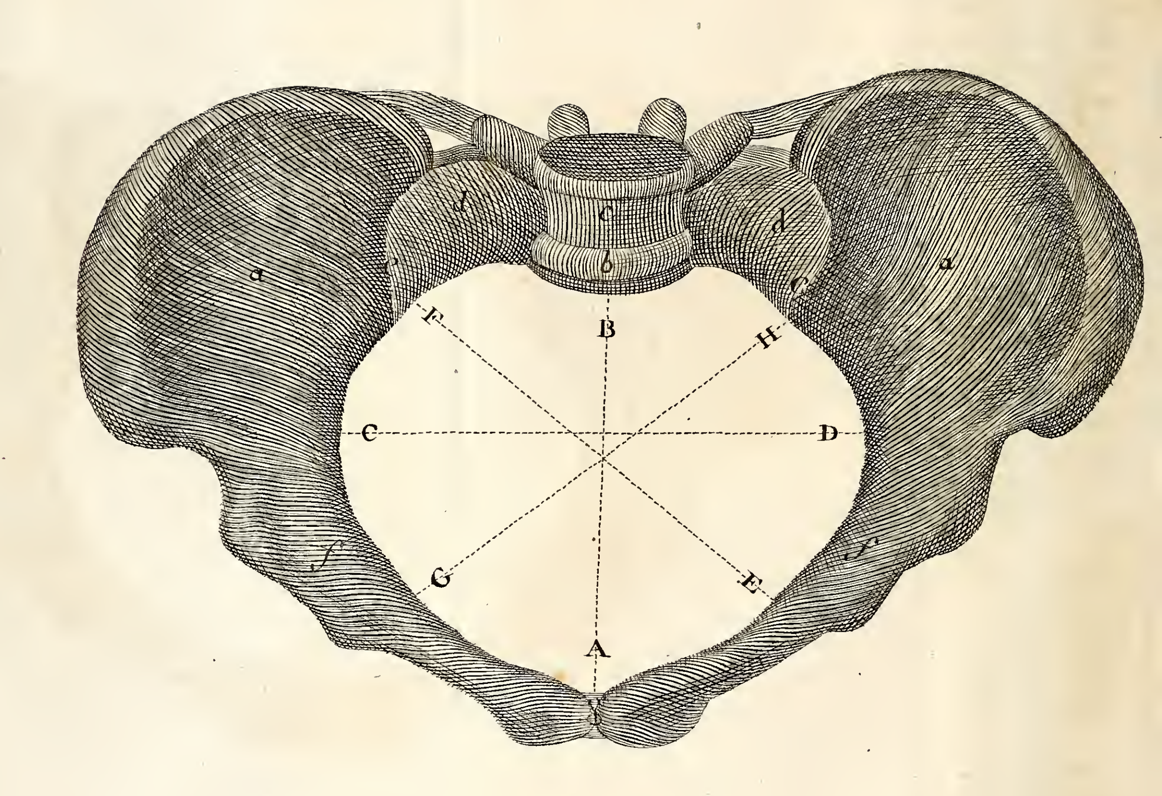
83. L'arcade du pubis ne mérite pas moins d'attention que les parties que nous venons de décrire, puisque sa forme et ses dimensions peuvent également influer sur le mécanisme de l'accouchement. Cette arcade, qui est arrondie dans sa partie supérieure et large de quinze à vingt lignes seulement, s'augmente insensiblement en descendant, de sorte que ses jambes sont écartées de plus de trois pouces et demi en en bas, et même de quatre pouces, si l'on prend pour base la ligne qui passe pour le diamètre transversal du détroit inférieur : sa hauteur est d'environ deux pouces.

De l'axe du bassin.

84. L'axe du bassin est difficile à déterminer avec précision, parce qu'une même ligne ne peut traverser le centre des deux détroits, et que d'ailleurs celle qu'on assigneroit comme telle ne pourroit être exactement la même dans chaque sujet, ni dans toutes les attitudes du corps.

L'axe du détroit supérieur paroît presque autant incliné de devant en arrière, que ce détroit l'est en sens contraire; une de ses extrémités passant au-dessous de l'ombilic, et l'autre tombant sur la





Caillu. del. devisse Sculp.

partie moyenne et inférieure du sacrum. L'axe du détroit inférieur doit être considéré relativement à l'accouchement, comme passant au centre de l'ouverture du vagin, dilatée par la tête de l'enfant : sa direction alors est tellement inclinée de derrière en devant, que son extrémité supérieure semble traverser le bas de la première fausse vertèbre du sacrum, et qu'il croise l'axe du premier détroit, en formant un angle très-obtus.

Explication de la deuxième Planche.

Cette figure représente l'entrée, ou le détroit supérieur, d'un bassin bien conformé, réduit à la moitié de ses dimensions naturelles.

a, a, les fosses iliaques.

(*b,*) l'angle sacro-vertébral ou la saillie du sacrum.

(*c,*) la dernière vertèbre lombaire.

(*d, d,*) les parties latérales de la base du sacrum.

(*e, e,*) les symphyses sacro-iliaques.

(*f, f,*) le dessus des cavités cotyloïdes.

g, la symphyse du pubis.

(*Les lignes indiquent les différens diamètres du détroit supérieur.*)

(*A, B,*) diamètre antéro-postérieur, ou petit diamètre.

(*C, D,*) diamètre transversal, ou grand diamètre.

(*E, F,*) diamètre oblique, qui s'étend de la cavité cotyloïde gauche à la jonction sacro-iliaque droite.

(*G, H,*) diamètre oblique, qui va de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Explication de la troisième Planche.

Cette figure représente le détroit inférieur d'un bassin bien conformé, réduit à la moitié de sa grandeur naturelle.

a, a, la face externe des os des îles.
b, b, les épines supérieures et antérieures des os des îles.
c, c, les épines antérieures et inférieures des os des îles.
d, d, les cavités cotyloïdes.
e, e, les trous ovalaires et les ligamens obturateurs.
f, f, les tubérosités ischiatiques.
g, g, les os pubis.
h, h, les branches des os pubis et ischium réunies.
i, i, le sacrum.
k, le coccix.
l, l, les ligamens sacro-ischiatiques.
m, la symphyse des os pubis.
n, n, l'arcade des os pubis.

(*Les lignes indiquent les diamètres du détroit inférieur.*)

(*A, A,*) le diamètre antéro-postérieur, ou grand diamètre.
(*B, B,*) le diamètre transversal, ou petit diamètre.
(*C, C,*) (*D, D,*) diamètres obliques.


b
c
a
d
e
g
n
A
n
n
g
b
c
a
e
d
i
i
B
B
i
o
A
l
l
k



SECTION X.

Des vices de conformation du bassin, considérés relativement à l'Accouchement.

De la mauvaise conformation du bassin, et de ses espèces.

85. Les différens états dans lesquels les dimensions du bassin s'éloignent assez de celles que nous venons de décrire, pour troubler l'ordre naturel de l'accouchement, et le rendre plus ou moins difficile, ou pour influer sur le bien-être de la femme, doivent passer pour autant de vices de conformation : ils consistent tous dans l'excès ou le défaut de largeur de cette cavité. Ces vices principaux peuvent affecter toutes les parties du bassin, ou une seule; et souvent l'un d'eux est une suite de l'autre, ou provient de la même cause; c'est-à-dire que l'un des détroits se trouve plus grand, par la même raison que l'autre est devenu plus petit, etc. Leurs nuances sont si multipliées, que ce seroit en vain qu'on se promettroit de les distinguer toutes par le toucher. Nous ne parlerons que des plus essentielles à remarquer.

Excès de largeur du bassin.

86. Il semble d'abord que l'accouchement devroit être d'autant plus heureux que le bassin est plus large; parce que la tête de l'enfant doit y éprouver moins de frottemens dans son passage, qu'il faut moins d'efforts pour l'expulser, et que le travail en est moins douloureux. Quoique cela soit généralement vrai, cependant l'expérience n'a que trop souvent appris que ce foible avantage se payoit chèrement par de longues incommodités, soit

avant, soit après l'accouchement : de sorte qu'on ne sauroit regarder le bassin le plus spacieux comme le plus grand bienfait de la nature, relativement à cette importante fonction. Les femmes qui jouissent d'une conformation en apparence aussi favorable, sont plus exposées que les autres aux effets de l'obliquité de la matrice, et à sa descente; surtout dans le temps de l'accouchement, où ce viscère, déjà chargé du poids de l'enfant, est soumis entièrement à la force expultrice des muscles abdominaux. Peu retenue par ses ligamens chez les femmes qui ont eu déjà quelques enfans, la matrice, habituellement plus basse, descend encore dans les premiers temps des grossesses subséquentes, jusqu'à ce qu'elle soit assez développée pour s'appuyer sur la marge du bassin ce qui n'a lieu qu'après les quatre ou cinq premiers mois. Avant ce temps, elle pèse sur l'extrémité du rectum; elle gêne autant par son poids que par son volume, la sortie des matières stercorales et des urines, ainsi que le libre cours du sang dans les vaisseaux veineux qui traversent le bassin : ce qui donne lieu souvent au développement de plusieurs accidens, quelquefois assez graves. S'ils s'évanouissent en partie vers le milieu de la grossesse, ils reparoissent à la fin, parce que la tête de l'enfant s'engage de bonne heure dans le bassin, et agit, en se développant, sur les mêmes parties, comme le faisoit auparavant la totalité de la matrice. Si l'on ajoute à ces accidens ceux qui peuvent résulter d'un accouchement trop prompt et trop facile, on ne sera pas étonné de ce que nous comptons l'excès d'amplitude du

bassin parmi les vices de conformation de cette cavité.

Moyens de prévenir les effets de ce premier vice, ou d'y remédier.

87. Il est aisé, à la vérité, de prévenir quelques-uns de ces accidens, et de remédier aux autres : mais il en est aussi auxquels on ne sauroit s'opposer. On remédie à la chute de la matrice et aux accidens qui en dépendent, au moyen d'un pessaire convenable. On maintient ce viscère de même dans sa position naturelle, quand il en a pris une défavorable. On empêche qu'il ne sorte en partie dans le moment de l'accouchement, en faisant garder une position horizontale à la femme, en lui recommandant de ne pas faire valoir ses douleurs, c'est-à-dire de ne faire aucun effort, si ce n'est pendant que l'accoucheur soutient du bout de deux doigts, ou d'un seul, le bord de l'orifice de la matrice, jusqu'à ce que la tête en soit sortie, et en prenant garde qu'il ne soit entraîné par les épaules de l'enfant, en opérant l'extraction du tronc.

88. Quand le col de la matrice chargé de la tête de l'enfant est tellement descendu au-dessous de la vulve, que cette tête paroît entièrement hors du bassin, si l'orifice est bien dilaté ou disposé à s'ouvrir aisément, il faut commencer par extraire l'enfant avec les précautions convenables, pour ne point aggraver le mal déjà existant; et alors la matrice, diminuant de volume, rentre facilement. Lorsque les choses sont moins avancées, ou l'orifice moins ouvert, on repousse d'abord ce qui est sorti, et l'on se conduit comme il a été dit au §. 87 ; c'est-à-dire qu'on soutient le col de la matrice jusqu'à ce que l'enfant en soit dégagé.

89. Les accidens qui n'ont d'autres causes éloignées que la trop grande capacité du bassin, sont en général bien moins fâcheux et plus faciles à éviter que ceux qui proviennent de l'étroitesse ou du défaut de largeur de ce canal ; ce dernier vice de conformation pouvant influer tout à la fois sur la vie de la mère et sur celle de l'enfant, en s'opposant à l'accouchement ou en le rendant extrêmement difficile.

Défaut de grandeur du bassin.

90. L'étroitesse du bassin, considérée par rapport à l'accouchement, doit être distinguée en relative et en absolue. La première vient du volume extraordinaire de la tête de l'enfant, ou de sa mauvaise position ; et la seconde tient à la conformation même du bassin. Pour fixer au juste les degrés variés de l'une et de l'autre espèces, et déterminer les suites qu'elles peuvent avoir, il faudroit qu'on pût reconnoître exactement *à priori*, l'étendue du bassin qui en est affecté, ainsi que le volume et la solidité de la tête qui doit y passer. Comme il est impossible, surtout, d'apprécier la grosseur de celle-ci, nous la supposerons constamment de trois pouces six lignes de diamètre, d'une protubérance pariétale à l'autre, pour établir quelques données générales.

Défaut de largeur absolue, et de la manière dont il affecte le bassin.

91. L'étroitesse absolue, la seule dont nous parlerons ici, se rencontre rarement dans toutes les parties du bassin en même temps : le plus souvent elle n'affecte qu'un détroit ; et assez communément dans ce cas, l'autre détroit est d'une forme et d'une largeur naturelles, s'il ne s'en trouve pas un peu plus grand que de coutume. Ce vice est plus fréquent dans le détroit supérieur que dans

l'inférieur, et on remarque que c'est presque toujours de devant en arrière qu'il affecte ce détroit; très-rarement on le voit selon le diamètre transversal; et quelquefois il n'a lieu que d'un seul côté. Le contraire s'observe à l'égard du détroit inférieur; car le plus ordinairement ce sont les tubérosités ischiatiques qui sont trop rapprochées.

92. Il est aisé d'expliquer pourquoi le détroit supérieur est plus souvent mal conformé que le détroit inférieur, et comment c'est presque toujours de devant en arrière qu'il manque de largeur, relativement à l'accouchement. Si l'on considère la direction des forces qui agissent sur le bassin des enfans rachitiques, dont les os sont en même temps plus mous et liés moins étroitement entr'eux que dans l'état naturel, on verra que la majeure partie de ces forces tend à porter la base du sacrum en avant, et les os pubis en arrière. Soit que l'enfant reste debout ou assis, si l'on fait attention à la direction de la colonne épinière, on s'apercevra que le poids du corps doit pousser insensiblement la base du sacrum vers les os pubis; et qu'il agit de même sur le fond des cavités cotyloïdes qui servent de point d'appui aux extrémités inférieures, lorsque l'enfant est debout ou lorsqu'il marche. Les os pubis surtout, spécialement dans ces derniers cas, doivent être poussés vers le sacrum, mais de manière cependant que leur extrémité postérieure se rapproche souvent un peu plus de la saillie que décrit la base de celui-ci, que ne le fait leur extrémité antérieure ou leur symphyse. Si le détroit supérieur n'offre pas constamment la même forme dans tous les bassins viciés,

s'il présente quelquefois plus de largeur d'un côté que de l'autre; si l'une des cavités cotyloïdes est plus près de la saillie du sacrum, tandis que l'autre en est moins rapprochée; si la symphyse du pubis se détourne en plusieurs cas de la ligne qui partageroit le corps en deux parties égales selon sa longueur, c'est que le vice rachitique n'influe pas également sur tous les os du bassin, c'est qu'il n'altère pas également toutes leurs jonctions, et que l'attitude que prend l'enfant, soit en marchant ou en restant assis, etc., change un peu la direction des forces comprimantes dont nous venons de parler. Le poids du corps peut altérer également la forme du détroit inférieur, mais diversement, selon l'attitude la plus ordinaire de l'enfant, et la direction que prend la colonne épinière. S'il reste assis, par exemple, le sacrum en deviendra plus courbé et le détroit plus resserré de devant en arrière : dans cette attitude, s'il se penche habituellement d'un côté, l'une des tubérosités sciatiques se déjettera en dedans; l'os des îles s'en trouvera plus élevé, etc. L'action des muscles qui s'attachent au bassin, la pression des vêtemens et celle que les bras de la nourrice ou de la gouvernante de l'enfant exercent sur cette partie, contribuent aussi en quelque chose aux difformités dont nous parlons; mais bien moins que le poids du tronc : d'où l'on voit de quelle importance il est de faire garder le lit aux enfans rachitiques et de les laisser en liberté, au lieu de les contraindre de marcher, de rester assis ou de les avoir toujours dans les bras, comme on le fait presque partout.

93. Les écarts de la nature ne présentent pas moins de variétés dans les dimensions du bassin mal conformé que dans le contour de ses détroits. Si le diamètre qui s'étend du pubis au milieu de la saillie que décrit la base du sacrum, n'est en défaut que de plusieurs lignes sur quelques bassins, sur d'autres il l'est de plusieurs pouces, et en conserve à peine un seul de longueur. Les nuances intermédiaires de ce défaut de développement se remarquent plus fréquemment que ces deux extrêmes, et le dernier de ceux-ci n'est jamais aussi grand dans le détroit inférieur que dans le supérieur. L'on a vu des bassins où la distance du pubis au sacrum supérieurement, n'étoit que de six à huit lignes, et même au-dessous : nous en conservons un où elle n'est que de trois à quatre lignes du fond de la cavité cotyloïde droite à la saillie du sacrum ; et sur un autre qui fait également partie de notre collection, cette saillie n'est éloignée que de quatorze lignes de la symphyse du pubis. L'on ne connoît point d'exemples qui attestent que le détroit inférieur se fût trouvé aussi resserré : celui que cite M. Herbiniaux, Chirurgien de Bruxelles, Observation VII.e, étant démenti par le fait même, puisque la femme étoit à sa sixième couche, et qu'il la délivra au moyen du levier, ce qui eût été impossible si le diamètre transversal du détroit inférieur n'avoit eu qu'un demi-pouce, comme l'a publié ce chirurgien (1).

---

(1) Voyez l'ouvrage de M. Herbiniaux, page 264 et suivantes.

94. Si l'on compare les dimensions de la tête de l'enfant à celles d'un bassin bien conformé, on voit que ce dernier pourroit avoir quelques pouces de développement de moins, et conserver encore celui qui est nécessaire à la facilité de l'accouchement. Une tête de volume ordinaire n'offrant, dans son passage à travers ce canal, quand elle est bien dirigée, qu'une circonférence de dix pouces et un quart à dix pouces et demi, n'exige qu'un pareil développement. En partant de ce principe, il faudra fixer le premier degré d'étroitesse du bassin à trois pouces et demi et même un peu au-dessous, pour chaque diamètre, surtout pour le plus petit, tant du détroit supérieur que du détroit inférieur; et les autres degrés, depuis cette largeur jusqu'à celle que nous avons annoncée au paragraphe précédent.

Effets de l'étroitesse du bassin.

95. La difficulté de l'accouchement, toutes choses étant bien disposées d'ailleurs, et la tête de l'enfant d'une solidité ordinaire, est en général d'autant plus grande, que l'étroitesse du bassin est plus considérable. Quand ce vice ne laisse que trois pouces et demi pour petit diamètre, l'accouchement en devient plus long et plus pénible, parce que les frottemens que la tête éprouve en passant à travers le bassin, sont plus multipliés et plus forts. Si les obstacles sont plus considérables lorsque le bassin n'a que trois pouces un quart de petit diamètre, ils n'en deviennent pas toujours insurmontables aux agens naturels de l'accouchement, et la femme peut encore se délivrer seule, malgré la plus grande disproportion qui existe entre le diamètre de la tête de l'enfant

et celui du bassin. La femme peut encore jouir de cet avantage dans le cas où le diamètre du bassin n'auroit que trois pouces, même trois pouces moins un quart, comme nous l'avons observé plusieurs fois. Mais ces accouchemens naturels ne doivent être considérés que comme des exceptions à la règle : la souplesse des os du crâne de l'enfant, plus grande que d'ordinaire au terme de la naissance, ayant favorisé l'alongement de la tête, et le changement de forme nécessaire à son passage.

96. Des exemples bien plus extraordinaires viennent à l'appui de ces premières observations, et nous font connoître jusqu'à quel point la nature sait prévenir par de nouveaux écarts les suites fâcheuses que pourroit avoir la mauvaise conformation du bassin : la souplesse du crâne, plus grande encore que nous venons de l'annoncer, ayant procuré à quelques femmes le bonheur de se délivrer seules et avec autant de facilité que de succès, quoique leur bassin n'eût que deux pouces et demi de petit diamètre dans son entrée. Solayrès a remarqué dans un cas de cette espèce, que la tête du fœtus s'étoit alongée de manière que son grand diamètre avoit huit pouces moins deux lignes; celui qui passe d'une protubérance pariétale à l'autre s'étant réduit à deux pouces cinq à six lignes. Nous avons observé de pareils changemens dans la forme de la tête et la longueur respective de ses diamètres, au moment de l'accouchement, chez une autre femme également contrefaite; le grand diamètre étant de sept pouces, et l'épaisseur transversale du crâne de deux pouces six à sept lignes. Ces enfans

sont venus bien portans, et peu s'en falloit que la tête, dès le lendemain de leur naissance, n'eût les dimensions les plus communes à ce terme. L'histoire de la section du pubis nous offre de nouvelles preuves et plus convaincantes encore, de la possibilité de l'accouchement naturel, dans le cas où le détroit abdominal du bassin n'a que deux pouces et demi de petit diamètre. La femme qui fut opérée par M. de Matthiis, le 17 avril 1785, étoit accouchée heureusement et sans trop de difficulté, de son premier enfant, neuf ans auparavant, quoique le diamètre sacro-pubien de son bassin n'eût que deux pouces et demi juste (1).

97. Quand le bassin est resserré au point qu'il ne lui reste pas ce dernier degré d'ouverture, la sortie de l'enfant vivant et à terme ne peut se faire par cette voie; aucune observation, du moins, n'a fait connoître encore qu'elle fût alors possible. L'opération césarienne, la section du pubis, et l'accouchement prématuré, ont été recommandés dans ces sortes de cas : on verra, dans la suite, ce qu'on doit penser de chacune de ces opérations, et de l'accouchement prématuré.

98. Si la femme peut quelquefois se délivrer seule, lorsque le bassin est resserré au point de n'avoir que deux pouces et demi ou un peu plus de petit diamètre, ce n'est pas toujours sans danger pour elle ni pour son enfant. D'un côté, les parties molles qui tapissent le bassin étant soumises à une forte pression, même à une sorte de

---

(1) Voyez l'article de la section du pubis, tom. II.

froissement à mesure que la tête s'engage, s'enflamment, deviennent douloureuses, et sont menacées dans la suite de suppuration et de gangrène. D'un autre côté, les os du crâne de l'enfant passant les uns sur les autres, se déprimant ou se fracturant, pressent le cerveau ou le déchirent, ce qui donne lieu à l'engorgement de ses vaisseaux et à des épanchemens intérieurs, le plus souvent mortels (1).

99. Les accidens qui résultent de la mauvaise conformation du bassin s'annoncent plus tôt ou plus tard, selon que c'est le détroit supérieur ou l'inférieur qui est vicié. Quand ils le sont tous deux, ces accidens se manifestent, pour ainsi dire, dès le commencement du travail, et souvent les forces expultrices s'épuisent tellement contre les difficultés que leur oppose le détroit supérieur, que la tête s'y arrête et s'y enclave; ou bien qu'ayant été poussée dans la cavité du bassin, et ne pouvant avancer au-delà, elle y demeure comme emboîtée, jusqu'à ce que les forces épuisées ou seulement affoiblies, se soient suffisamment réparées pour l'en expulser, si l'art ne vient les seconder à propos. La tête ne peut franchir le premier détroit qu'elle ne s'alonge de l'occiput au menton, et qu'elle ne diminue d'épaisseur d'une protubérance pariétale à l'autre; que les pariétaux ne se croisent un peu par leurs bords supérieurs, et avec les os

(1) Voyez le chapitre où l'on traite de l'enclavement, et celui où l'on expose la manière d'agir du forceps, tom. II.

voisins ; que les tégumens du crâne ne se tuméfient dans la région qui répond au vide du bassin ; que le cerveau ne s'engorge ; que les parties molles enfin, qui tapissent le détroit, ne soient fortement comprimées et lésées. Parvenue dans l'excavation du bassin, espace plus large que le détroit qu'elle a déjà franchi, et n'y éprouvant plus la même pression, la tête de l'enfant se restitue plus ou moins dans son état naturel, selon qu'elle y séjourne davantage, et s'éloigne d'autant de la forme qu'elle avoit acquise dans le premier temps, et qui lui est encore si nécessaire pour traverser le détroit inférieur. Les symptômes qui se sont manifestés, pour ainsi dire, en même temps que les premières douleurs, se dissipent quelquefois, plus ou moins, pendant le séjour de la tête dans l'excavation, mais pour reparoître et s'accroître de nouveau, si le travail recommence avec force.

100. Quand le détroit supérieur seul est resserré, si la tête de l'enfant s'avance d'abord très-difficilement, aussitôt que les protubérances pariétales ont passé ce détroit, les autres parties du bassin étant respectivement ou absolument plus grandes, elle les franchit avec tant d'aisance, que quelques douleurs suffisent souvent pour terminer l'accouchement.

101. On observe le contraire lorsque le détroit inférieur est vicié, si le premier se trouve d'une largeur ordinaire. La tête s'engage aisément dans le fond du bassin, mais elle n'en peut sortir sans vaincre des obstacles qui ralentissent sa marche et la rendent aussi difficile que laborieuse. Les symptômes dont il vient d'être parlé aux paragraphes

98 et 99, se manifestent plus tard dans ce dernier cas que dans le précédent; mais ils n'en sont pas moins fâcheux.

102. L'accoucheur, qu'une longue expérience n'a pas encore mis en état d'apprécier les forces de la nature, respectivement aux obstacles qu'elles ont à vaincre, peut facilement se tromper dans les cas dont il s'agit, en jugeant impossible, dans le premier, l'accouchement qui est prêt à se terminer, et en l'annonçant comme facile dans le second, lorsque des difficultés, souvent que l'art seul peut surmonter, vont s'y opposer, ou du moins le rendre des plus pénibles. Il est inutile d'accumuler ici des observations, pour donner plus de force à ces vérités : les auteurs en fourniroient un grand nombre, s'ils eussent fait mention de toutes les erreurs qu'ils ont commises en pareils cas. Plus de quarante personnes furent témoins des suites fâcheuses d'une méprise de cette espèce, chez une femme dont j'ai long-temps conservé le bassin. Ayant prononcé que l'accouchement se feroit très-promptement, d'après la facilité avec laquelle la tête de l'enfant s'étoit engagée dès les premières douleurs, et attribuant à une autre cause qu'à l'étroitesse du détroit inférieur, qu'on avoit méconnue, les obstacles qui en empêchoient la sortie, on attendit avec sécurité pendant deux jours ; et par une plus aveugle confiance encore que la première, on employa le crochet sur un enfant, que d'autres moyens auroient peut-être pu conserver à la vie. Le détroit supérieur du bassin dépouillé de toutes ses parties molles, offroit, sous une forme circulaire, quatorze pouces de déve-

loppement, tandis que le détroit inférieur n'en avoit que neuf; la distance de la pointe du sacrum même à la symphyse du pubis, ainsi que l'intervalle des tubérosités ischiatiques, n'étant que de trois pouces. La cavité de ce bassin diminuoit insensiblement de largeur, d'un détroit à l'autre, et étoit on ne peut plus régulière dans son contour.

Vices de l'excavation du petit bassin.

103. La partie moyenne du petit bassin, ou l'excavation, manque bien plus rarement de largeur que les détroits, et quand ce défaut existe, il ne peut dépendre que d'une exostose, ou bien de ce que le sacrum décrit une ligne droite dans sa partie antérieure, au lieu d'être recourbé à l'ordinaire. Ce défaut d'excavation ne sauroit produire d'autres effets que ceux qui viennent d'être décrits. Cette conformation du sacrum met, en général, bien moins d'obstacles à l'accouchement que la trop grande courbure de cet os. Ce premier défaut n'influe communément que sur les dimensions de l'excavation, ce qui ne peut s'opposer à la sortie de l'enfant, quand le reste du canal est bien disposé d'ailleurs; au lieu que la trop grande courbure du sacrum altère pour l'ordinaire la forme des deux détroits, et les rétrécit de devant en arrière, en même temps qu'elle diminue la profondeur du bassin postérieurement, et la hauteur respective de l'arcade des os pubis. La tête du fœtus, après avoir franchi difficilement le premier détroit dans ces sortes de cas, souvent ne sauroit traverser le dernier, parce qu'elle est arrêtée dans sa marche, par la partie inférieure du sacrum, avant que l'occiput ne soit assez descendu pour s'engager sous l'arcade dont il s'agit.

Vices de l'arcade du pubis, des épines ischiatiques et du coccix.

104. La trop grande longueur de la symphyse du pubis, le défaut d'élévation et le peu de largeur de l'arcade de ces mêmes os, la longueur et la direction contre nature des épines ischiatiques, ainsi que la soudure du coccix avec la pointe du sacrum, peuvent également, en quelques cas, rendre l'accouchement difficile, de la même manière que le fait l'excès de courbure et le peu de longueur de l'os sacrum. Indépendamment de ce que ces vices de conformation sont très-rares, si l'on excepte la soudure du coccix, nous observerons qu'on ne les rencontre presque jamais seuls, et qu'ils sont en général la suite de la mauvaise conformation du reste du bassin.

105. Si la soudure des trois pièces qui forment le coccix, ou celle de cet appendice avec le sacrum, est plus ordinaire que la plupart de ces défauts de conformation, elle ne s'oppose pas à l'accouchement aussi souvent qu'on l'a cru; et si elle y met obstacle quelquefois, ce n'est que chez les femmes dont le bassin est d'ailleurs trop étroit. Ceux qui ont assuré que la pointe du coccix, dans tous les cas, devoit reculer d'un demi-pouce, même d'un pouce, pour le passage de la tête de l'enfant à travers le détroit périnéal, et reculoit en effet dans les cas les plus ordinaires, ne connoissoient ni les dimensions de cette tête, ni celles du détroit dont il s'agit, et bien moins encore le rapport de toutes ces dimensions entr'elles chez le plus grand nombre des femmes; car ils auroient vu que le diamètre qui se mesure de l'extrémité du coccix au bord inférieur de la symphyse du pubis, étoit naturellement plus grand que celui

que la tête présente dans cette direction, en se dégageant du bassin (1). On ne peut donc louer le précepte donné par quelques-uns, à l'occasion de la soudure de cet appendice avec le sacrum (2), sans exposer les jeunes praticiens à en abuser; puisque, le plus souvent, on attribue à cette soudure ce qui n'est qu'un pur effet de la résistance des parties externes de la génération.

Remarque sur le vice du coccix.

Explication de la quatrième Planche.

Cette figure représente un bassin mal conformé, dont toutes les parties sont réduites à la moitié de leur grandeur naturelle.

a, *a*, les os ilium.
b, *b*, les os pubis.
c, *c*, les os ischium.
d, *d*, *d*, les dernières vertèbres lombaires.
e, la saillie du sacrum.
f, *f*, les symphyses sacro-iliaques.
g, la symphyse du pubis.
h, *h*, les trous ovalaires.
i, *i*, les branches des os pubis et ischium qui forment l'arcade antérieure du bassin.
k, *k*, les cavités cotyloïdes.

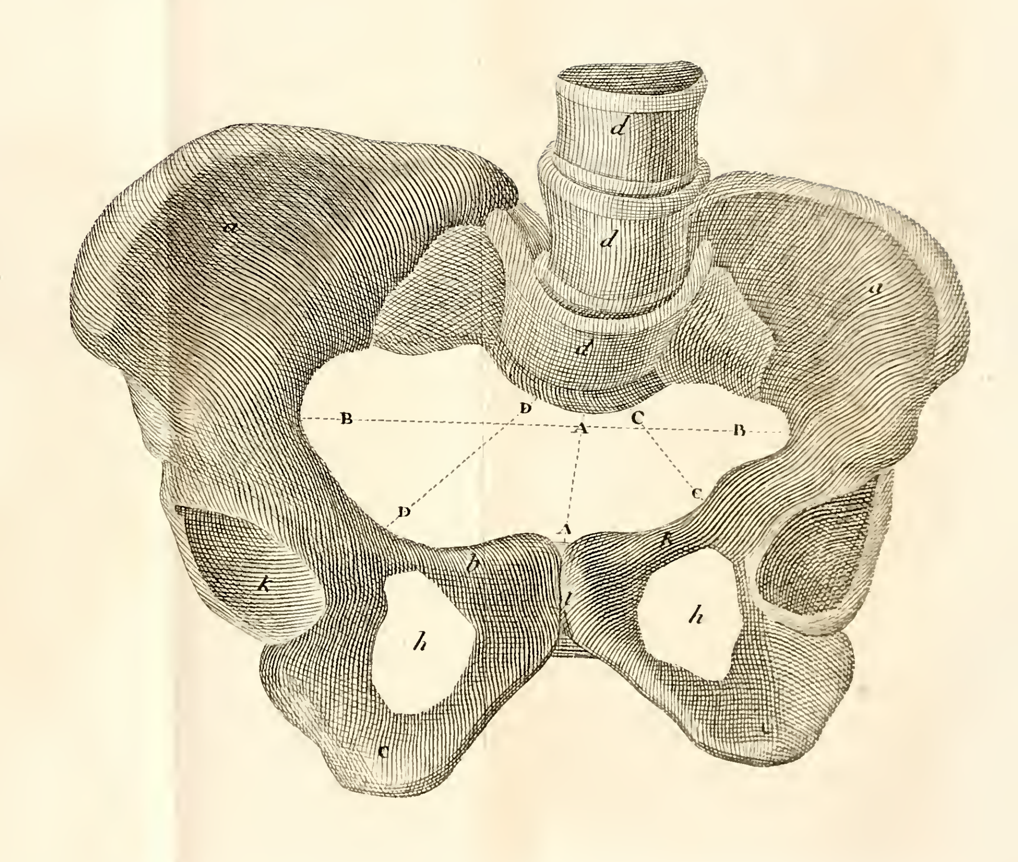
(*Les lignes indiquent les diamètres du détroit supérieur de ce bassin.*)

---

(1) Voyez le Mécanisme de l'Accouchement.

(2) Ce précepte consiste à repousser le coccix en arrière, lorsque la tête descendue dans le bassin ne peut s'en dégager facilement.

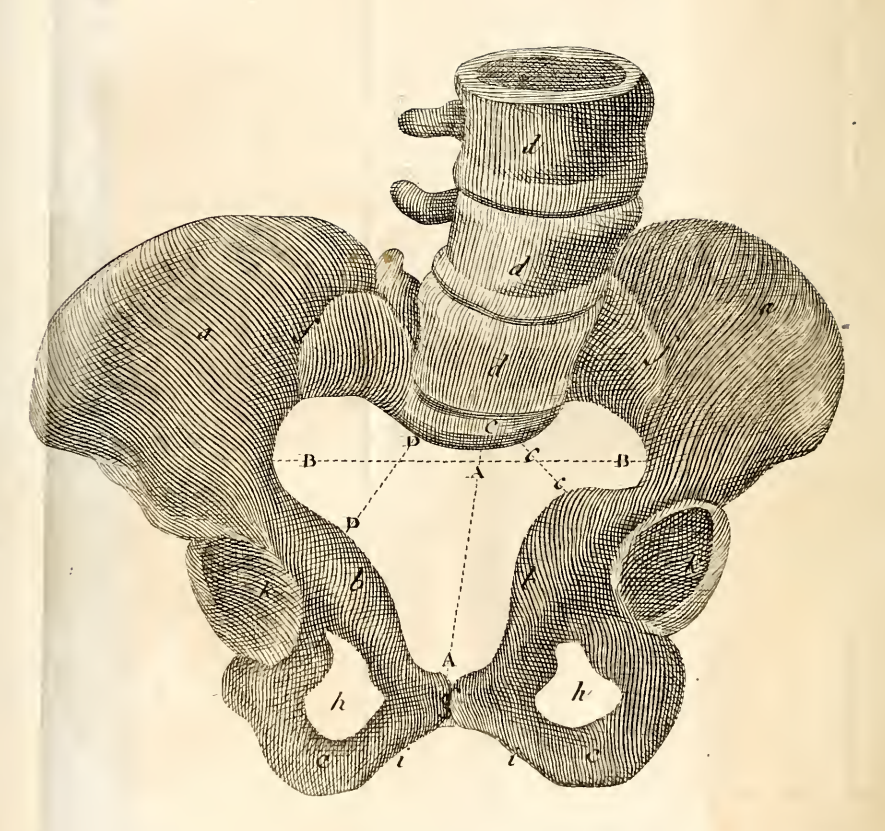
Quatrième Planche. P. 62.







Cinquième Planche. P. 63.



Caully del. *Dennsé Sculp.*

A, *A*, le diamètre antéro-postérieur; sa longueur naturelle est de quatorze à quinze lignes.

B, *B*, diamètre transversal; sa longueur naturelle est de quatre pouces dix lignes.

C, *C*, distance de la saillie du sacrum au point de la marge qui répond au bord antérieur de la cavité cotyloïde gauche, treize lignes.

D, *D*, distance du même point du sacrum à celui de la marge, qui répond à la partie antérieure de la cavité cotyloïde droite, vingt lignes.

Nous conservons un autre bassin qui ne présente que trois à quatre lignes d'ouverture dans cette dernière direction, et un pouce et demi du milieu de la saillie du sacrum à la symphyse du pubis.

Le détroit inférieur, dans l'un et l'autre de ces bassins, est très-grand.

Explication de la cinquième Planche.

Cette figure représente un bassin mal conformé, dont toutes les parties sont encore réduites à la moitié de leur grandeur naturelle.

a, *a*, les os ilium.
b, *b*, les os pubis.
c, *c*, les os ischium.
d, *d*, *d*, les dernières vertèbres lombaires.
e, la saillie du sacrum.
f, *f*, les symphyses sacro-iliaques.
g, la symphyse du pubis.
h, *h*, les trous ovalaires vus en raccourci.
i, *i*, l'arcade du pubis vue de même.
k, *k*, les cavités cotyloïdes.

(*Les lignes indiquent les différentes dimensions du détroit supérieur.*)

A, *A*, du pubis à la saillie du sacrum, dans l'état naturel de ce bassin, deux pouces deux lignes.

B, *B*, la largeur transversale, trois pouces huit lignes.

C, *C*, de la partie moyenne et latérale gauche de la saillie du sacrum, au fond de la cavité cotyloïde droite, six à sept lignes.

D, *D*, de la partie moyenne et latérale droite de la saillie du sacrum, au fond de la cavité cotyloïde gauche, un pouce deux lignes.

Ce bassin a été tiré du cabinet de M. *Riel*. Le sujet étoit une femme de vingt-sept ans.

Section XI.

Des parties molles qui ont quelques rapports au bassin.

Des parties molles qui tapissent et recouvrent les os du bassin, et de la nécessité de les connoître.

106. L'accoucheur n'auroit qu'une connoissance imparfaite du bassin, s'il ne le considéroit pas dans ses rapports avec les parties molles qui l'environnent de toutes parts, après l'avoir étudié sur le squelette; puisque quelques-unes de ces parties apportent de grands changemens dans sa forme et ses dimensions, et que ce n'est que par la connoissance de la situation, du rapport et des usages des autres, du déplacement, de la gêne ou de la compression qu'elles éprouvent dans le cours de la grossesse, etc., qu'il peut expliquer la plupart des phénomènes qu'on observe pendant ce temps et celui de l'accouchement.

107. Le bassin, faisant partie de la cavité abdominale, n'a d'autres bornes que celle-ci. Supérieurement, c'est le diaphragme qui sépare cette cavité d'avec la poitrine; en arrière, c'est la colonne vertébrale, ce sont les muscles carrés des lombes et autres; en devant et sur les côtés, les muscles abdominaux, etc. qui en forment les parois. Ces derniers muscles, ainsi que le diaphragme, ont trop d'influence sur le mécanisme de l'accouchement, pour ne pas en retracer ici, au moins les principales attaches, le rapport qu'ils ont entre eux, avec la matrice et le bassin proprement dit.

Des muscles abdominaux.

108. Les muscles abdominaux sont au nombre de dix, dont huit sont attachés à la poitrine et au bord supérieur du bassin; savoir, les obliques, les transverses et les droits. Les deux obliques et le transverse, de chaque côté, placés les uns sur les autres, s'étendent des dernières vraies côtes et de toutes les fausses, à la crête des os innominés, en formant trois plans très-distincts par la direction de leurs fibres, puisque celles du plan le plus extérieur descendent obliquement de derrière en devant, tandis que celles du second montent de devant en arrière, et que les fibres du troisième se portent transversalement d'arrière en avant, en manière de ceinture. Chacun de ces muscles se termine par une large aponévrose dans sa partie antérieure. Celle de l'oblique externe vient former en bas le ligament de *Poupart* et l'anneau inguinal, en se portant de l'épine supérieure et antérieure de l'os des îles à l'angle du pubis : celle de l'oblique interne se partage en deux lames, dont

l'une s'unit intimement à l'aponévrose du premier, et l'autre à celle du muscle transverse, et forme ainsi une sorte de gaîne dans laquelle se trouvent au moins les deux tiers supérieurs de la longueur des muscles droits. Ces derniers descendent parallèlement de la partie antérieure et inférieure de la poitrine, à l'extrémité antérieure du corps des os pubis; ils sont plus minces et plus larges supérieurement qu'inférieurement; leur extrémité inférieure est appliquée sur le péritoine, et couverte en partie extérieurement par les muscles pyramidaux, qui montent de l'angle des os pubis à la ligne blanche.

De la ligne blanche.

109. La ligne blanche est l'espace qui sépare les muscles droits: c'est une espèce de bande formée par la jonction des aponévroses des muscles obliques et transverses de l'un et l'autre côté, dont les fibres se croisent et s'entrelacent tellement, que celles de l'aponévrose du muscle oblique externe du côté droit, par exemple, semblent se continuer avec celles de l'oblique interne du côté gauche, et celles de l'oblique externe du côté gauche avec celles de l'oblique interne du côté droit, etc. Cette bande est plus large au-dessus de l'anneau ombilical qui se voit au milieu, qu'au-dessous, et elle s'étend depuis le bas du sternum jusqu'au haut de la symphyse du pubis. Sa largeur augmente constamment dans le cours de la grossesse, à mesure que le volume du ventre se développe: vers la fin de celle-ci les muscles droits étant quelquefois très-écartés l'un de l'autre, dans leur milieu, et l'anneau ombilical singulièrement ouvert. On remarque aussi que la ligne blanche est souvent très-mince

alors, et que ses fibres écartées laissent en plusieurs endroits des mailles considérables qui favorisent la naissance de certaines hernies. Indépendamment des usages relatifs aux mouvemens de la poitrine sur le bassin, et du bassin sur la poitrine, les muscles abdominaux exercent leur action sur les viscères du bas-ventre, et notamment sur la matrice dans le moment de l'accouchement, auquel cette action contribue singulièrement.

Division de la cavité abdominale.

110. Pour désigner le lieu que la nature a destiné à chacun des viscères du bas-ventre, dont nous ne ferons ici qu'une simple énumération, il est à propos de rappeler le nom des diverses régions de cette cavité. On en reconnoît trois principales : une supérieure, nommée Epigastrique; une moyenne, Ombilicale; et une inférieure, Hypogastrique. On peut apprécier l'étendue de chacune d'elles, en tirant deux lignes transversales d'un côté à l'autre du ventre, à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Ces régions se subdivisent en trois autres; une moyenne qui porte le nom de la région principale, et deux latérales qui sont connues sous celui d'Hypocondres, de régions Lombaires, et Iliaques.

Enumération des viscères du bas-ventre, et leur situation.

111. L'estomac, le foie, la rate, l'intestin duodénum et le pancréas, occupent la première des régions principales. La plus grande partie des intestins grêles, le colon et l'épiploon presque en totalité, les reins et leurs dépendances, sont situés dans la deuxième. L'autre renferme l'intestin cæcum, une portion de l'iléon et du colon; quelques-unes des parties de la génération, et d'autres qui, ayant un rapport plus immédiat

avec le bassin, exigent ici un peu plus de détail.

Des muscles psoas et iliaque.

112. Deux muscles se trouvent de chaque côté du bassin intérieurement ; ce sont l'iliaque et le psoas. Le premier, dont les fibres sont comme rayonnées, recouvre la fosse iliaque, et l'autre descend de la partie latérale de la colonne lombaire, sur le côté du détroit supérieur et au-dessus de la cavité cotyloïde, où ils se joignent et s'unissent étroitement pour se rendre ensemble au petit trochanter : le muscle psoas, dans ce trajet, rétrécit un peu l'entrée du bassin transversalement, comme nous l'avons déjà fait observer. On rencontre quelquefois un troisième muscle appelé petit Psoas ; il est couché le long du bord interne du psoas même, et vient se terminer par un tendon aplati à l'extrémité postérieure de l'éminence iléo-pectinée.

113. C'est derrière et dans l'épaisseur des muscles psoas que se trouvent les nerfs qui forment l'obturateur et le crural, ainsi que d'autres branches fournies par les trois premières paires lombaires, et par la première surtout, qui viennent se perdre en suivant une marche différente, aux tégumens des aines et des environs. Nous pensons que c'est à la distension et au tiraillement qu'éprouvent ces branches subalternes et leurs ramifications, dans le développement du ventre, qu'on doit attribuer les douleurs incommodes que les femmes enceintes ressentent vers le pubis, les aines et les lombes, dans les derniers temps de la grossesse, surtout lorsqu'elles sont debout sans marcher, ou agenouillées, etc. : comme on doit attribuer, en

partie, à la compression des nerfs cruraux et obturateurs avant leur sortie du bas-ventre, cette foiblesse des extrémités inférieures qui rend incertaine et comme vacillante la marche des femmes qui sont très-avancées dans la gestation, et qui les expose à faire des chutes sur les genoux ou sur le derrière; car ces derniers accidens ne peuvent tenir uniquement au changement qu'éprouve le centre de gravité dans le cours de la grossesse. L'on sait que le nerf obturateur et le crural sont formés de la réunion de plusieurs cordons qui viennent de la quatrième, de la troisième et de la seconde paires lombaires; que l'obturateur sort du bassin par la partie postérieure et supérieure du trou ovalaire, pour se distribuer aux muscles de la face interne de la cuisse; que le nerf crural passe sous l'arcade crurale, où il se divise en un grand nombre de branches, dont quelques-unes vont jusque sur le pied.

Des vaisseaux iliaques et de leurs divisions.

114. Au devant de la dernière vertèbre lombaire, et assez souvent de la quatrième, se remarque la bifurcation de l'aorte et de la veine-cave inférieure; et bientôt après, la division de chacune de ces branches, connues sous le nom d'artères et de veines iliaques primitives, en deux autres, dont l'une se porte aux extrémités inférieures, en suivant le bord interne du muscle psoas, et la seconde s'enfonce dans le bassin, pour gagner ensuite le côté de la vessie, et l'ombilic dans le fœtus, en formant une courbure de laquelle naissent les vaisseaux obturateurs, les fessiers, les sciatiques et les honteux communs. La première des

deux branches des artères iliaques primitives, se nomme iliaque externe ou crurale, et la seconde iliaque interne ou hypogastrique. Les veines se distinguent par les mêmes noms.

De l'intestin rectum.

115. L'intestin rectum n'est pas la partie la moins notable de toutes celles dont nous nous sommes proposé de parler. Sa situation sur le côté gauche de la saillie du sacrum, et celle de l'S romaine du colon dont il est la suite, sur la partie postérieure de la fosse iliaque de ce côté, méritent toute notre attention. Ce rapport de position, et le volume qu'acquiert cet intestin, ainsi que l'S du colon, par l'accumulation et le séjour des excrémens, produisent des effets qu'on a souvent attribués à des causes qui n'y concouroient en rien; comme l'obliquité latérale de la matrice, par exemple, dont il sera parlé par la suite, etc. Cet intestin est lié à l'os sacrum par un tissu cellulaire très-lâche, dans lequel se remarquent les vaisseaux sacrés et hémorroïdaux, l'extrémité des grands nerfs sympathiques, et surtout les nerfs sacrés.

Des vaisseaux sacrés et hémorroïdaux.

Des nerfs sacrés.

116. Ces derniers, au nombre de cinq paires, sortent du canal de l'os sacrum, par les trous qui sont à sa face antérieure. Les trois premières paires avec un cordon des deux dernières lombaires, sont presque entièrement employées à former les nerfs sciatiques, qui se distribuent dans toute l'étendue des extrémités inférieures, après être sortis du bassin par les échancrures ischiatiques. La quatrième et la cinquième paires vont spécialement aux parties renfermées dans le bassin, ainsi qu'à plusieurs des muscles qui l'entourent, et aux parties externes de la génération.

117. C'est à la compression qu'exerce quelquefois assez fortement la tête de l'enfant sur ces cordons nerveux à leur sortie des trous sacrés, qu'il faut attribuer les crampes douloureuses et le tremblement convulsif des extrémités inférieures, qui tourmentent si cruellement quelques femmes dans le dernier temps de l'accouchement ; de même que le sentiment de stupeur et de foiblesse qu'elles éprouvent souvent dans ces parties.

Effets de la compression de ces nerfs.

118. Sur les côtés du bassin et en arrière, se trouvent les deux muscles pyramidaux des cuisses, les ligamens sacro-ischiatiques, et les muscles ischio-coccigiens. Un peu plus en devant sont les releveurs de l'anus, qui embrassent le col de la vessie par leur bord antérieur, et l'extrémité de l'intestin rectum, par en bas. Enfin, l'on y trouve aussi les muscles obturateurs internes.

Des muscles pyramidaux, ischio-coccigiens et autres.

119. Derrière et un peu au-dessus des os pubis, sont la vessie et le canal de l'urètre. Sur la fin de la grossesse, la première se trouve presque toujours entièrement au-dessus de ces os, et l'urètre devient alors parallèle à leur symphyse.

Situation de la vessie.

120. Au milieu du bassin est située la matrice avec ses dépendances ; et le tout est recouvert du péritoine.

Situation de la matrice et de ses dépendances.

121. Un très-grand nombre de muscles, dont les uns appartiennent aux cuisses et aux jambes, les autres au dos, aux lombes et aux bras, s'attachent à l'extérieur du bassin. Ces muscles, et bien plus spécialement ceux du bas-ventre, en agissant sur le bassin et en l'entraînant tantôt d'un côté et tantôt de l'autre, selon les circonstances, peuvent changer un peu la direction de son axe, relative-

Des parties molles qui ont rapport au bassin extérieurement.

ment à celui du corps, et influer en cela même en bien ou en mal, sur le mécanisme de l'accouchement, auquel ils contribuent si efficacement d'ailleurs.

122. Les tégumens, le tissu cellulaire plus ou moins chargé de graisse, selon l'embonpoint de la femme, forment une enveloppe commune à l'ensemble des parties dures et des parties molles dont nous venons de parler. Mais cette enveloppe n'est pas également épaisse partout, parce que le tissu cellulaire sous-cutané est plus serré en quelques endroits qu'en d'autres, et ne peut y admettre la même quantité de sucs adipeux. On remarque, par exemple, que la peau est toujours assez mince en arrière, aux endroits qui répondent aux tubercules épineux des fausses vertèbres du sacrum, quel que soit l'embonpoint du sujet. Les tégumens présentent deux grandes ouvertures à l'extérieur du bassin, l'anus et la vulve, et forment des plis ou sillons vers les aines et au-dessous des fesses. Ces plis sont plus ou moins profonds ou superficiels, selon que les cuisses sont fléchies ou alongées. Dans la plus grande flexion de ces extrémités, les plis des fesses s'effacent, et si on écarte alors les genoux, comme le font toutes les femmes au moment où la tête de l'enfant est prête à sortir, le périnée en devient extrêmement tendu : ce qui rend le développement de cette partie plus difficile, ainsi que celui de la vulve, et retarde l'accouchement, en exposant la fourchette et le périnée même à se déchirer davantage. D'après cette observation, on voit qu'il faut tenir les cuisses de la femme médiocrement flé-

chies et écartées, dans ces derniers instans de l'accouchement.

SECTION XII.

De l'examen du bassin et des moyens de s'assurer s'il est bien ou mal conformé.

De l'importance de cet examen.

123. L'on ne peut être pénétré de quelques-unes des vérités fondamentales de l'art d'accoucher, sans connoître toute l'importance d'un pareil examen; mais ses difficultés ne sont aperçues que des personnes obligées de faire ces recherches, et l'expérience acquise par un exercice fréquent sur le cadavre, peut seule aplanir une partie des obstacles qu'on y rencontre.

124. Si les Accoucheurs s'étoient livrés davantage à cet examen, s'ils en avoient fait sentir avec force toute la nécessité à l'égard des femmes contrefaites, et si ces femmes s'y étoient soumises avant de s'engager dans les liens du mariage, nous ignorerions peut-être encore ces tristes ressources de notre art qui ont eu tant de victimes, pour quelques mères et quelques enfans qu'elles ont sauvés d'un péril certain. Quelle est, en effet, la femme qui se seroit exposée à devenir mère, ou qui auroit voulu acheter aussi chèrement ce titre, si on ne lui eût laissé d'espoir, avant de devenir grosse, que dans l'opération césarienne, ou la section du pubis? Quelle est celle qui auroit consenti d'avance au sacrifice de son enfant pour se soustraire à ces opérations, et goûter à ce prix des douceurs de l'hymen?

125. Sous quelque point de vue qu'on présente cet objet, il paroîtra toujours également important : soit qu'il s'agisse d'une jeune femme dont la mauvaise conformation extérieure laisse des craintes sur l'état du bassin, soit qu'il s'agisse d'une femme mariée, prête d'accoucher, ou qui éprouve déjà les douleurs de l'enfantement, l'Accoucheur qu'elle consulte devient en quelque sorte l'arbitre de sa destinée ou de celle de son enfant, et son jugement peut influer sur la vie de l'un, ou sur celle de ces deux individus à la fois. Plus les conséquences d'un pareil examen peuvent être fâcheuses, plus on doit y apporter de soins et de lumières. Tous ceux qui s'adonnent à l'exercice de l'art des accouchemens, n'ont pas les connoissances nécessaires pour apprécier le degré d'altération qui existe dans la forme et les dimensions du bassin. On ne peut le déterminer, ni d'après l'inspection de la colonne épinière, ni d'après l'irrégularité des extrémités inférieures et la démarche de la femme, ni d'après le temps où les difformités de toutes ces parties se sont manifestées. D'un côté, la cause de ces difformités n'influe pas toujours sur la forme du bassin, de manière à rendre l'accouchement impossible, ni même difficile; et d'un autre côté, l'on a vu ces difformités s'annoncer dans l'enfance, disparoître dans l'adolescence, et le bassin seul conserver les empreintes du rachitis qui les avoit produites : de sorte que bien des femmes contrefaites peuvent accoucher naturellement, tandis que d'autres qui jouissent des belles proportions extérieures qui nous frappent le plus, ne peuvent jouir du même

bonheur, leur bassin trop étroit offrant des obstacles insurmontables aux agens ordinaires de l'accouchement. Il n'y a point d'écueils où les apparences extérieures, favorables ou défavorables, n'aient entraîné le praticien peu instruit. Sa sécurité, dans quelques cas où il se persuadoit que le bassin étoit bien conformé, a laissé succomber aux efforts impuissans de la nature, des femmes et des enfans qui ne pouvoient être conservés qu'au moyen du forceps, ou de l'opération césarienne; tandis que l'opinion désavantageuse qu'il avoit conçue de cette cavité en d'autres cas, l'a porté à recourir à ces moyens, lorsque les circonstances n'en exigeoient aucun, ou ne demandoient qu'un peu de dextérité de sa part. Ce n'est pas seulement du forceps dont on a abusé, dans ces derniers cas, mais de l'opération césarienne, et bien plus encore de la section du pubis : vérités alarmantes, que nous annonçons avec peine. Il y a peu d'années que nous préservâmes de la première de ces opérations une femme dont le bassin n'avoit été évalué qu'à un pouce et un quart de diamètre, par l'Accoucheur qu'elle avoit choisi : nous attendions depuis quatre heures le moment favorable pour l'opérer, l'appareil étoit préparé, la femme étoit prête à se placer sur le petit lit, douze ou quinze personnes, tant Médecins que Chirurgiens, alloient devenir témoins de cette scène affligeante, lorsque, touchant cette femme pour la première fois, j'annonçai que l'accouchement se feroit naturellement et sans difficultés, comme il se fit en effet environ deux heures après, et d'un enfant bien portant.

126. La considération de la forme extérieure

Caractères.

extérieurs de la bonne conformation du bassin.

du bassin peut nous servir beaucoup cependant, dans l'examen que nous entreprenons de décrire ; car le plus souvent les signes négatifs de la bonne conformation sont autant d'indices de la mauvaise : l'une et l'autre ont des caractères extérieurs qui nous mettent à même de juger du vide et de la forme intérieure du bassin. La rondeur des hanches, leur égalité, tant en hauteur qu'en largeur, la convexité du pubis, la dépression superficielle de la partie supérieure et postérieure du sacrum, une étendue de quatre à cinq pouces du centre de cette dépression à l'extrémité du coccix, une épaisseur de sept à huit pouces chez les femmes d'un embonpoint médiocre, depuis la pointe du tubercule épineux de la dernière vertèbre lombaire jusqu'au milieu du mont Vénus, et huit à neuf pouces d'écartement entre les épines supérieures et antérieures des os des îles, caractérisent la bonne conformation. L'irrégularité des hanches, soit dans leur largeur, soit dans leur rondeur ou leur élévation, une distance beaucoup moindre que celle que nous venons d'assigner entre les épines supérieures et antérieures des os des îles, la forme trop élevée ou trop aplatie du pubis, la chute des reins plus profonde, la grande convexité du sacrum en arrière, l'inflexion de la colonne lombaire de l'un ou l'autre côté, etc., dénotent une mauvaise conformation.

127. Le détroit supérieur ou abdominal, est resserré de devant en arrière, toutes les fois que le pubis est moins saillant que de coutume, et la partie postérieure et supérieure du sacrum plus renfoncée. Le détroit inférieur ou périnéal est

également resserré dans cette direction, quand la pointe du sacrum et le coccix se portent beaucoup en dedans; et il est plus large, lorsque cet appendice se déjette en arrière ou en dehors.

Caractères extérieurs de l'étroitesse qui affecte le détroit supérieur transversalement.

128. Quand le premier de ces détroits est vicié transversalement, la région du pubis est saillante, au lieu d'être aplatie comme dans le cas précédent; la partie antérieure du bassin forme un angle obtus, et non ce cintre arrondi qui caractérise l'état de bonne conformation; et souvent l'une des aines paraît plus enfoncée que l'autre. Si l'on juge plus difficilement de l'étroitesse qui n'affecte qu'un seul côté de ce détroit, aussi est-elle moins nuisible à l'accouchement que celle dont nous venons de parler.

129. Mais ces notions générales sont insuffisantes, et ne sauroient nous faire connaître le degré d'ouverture que présente un bassin difforme. Quelque longue expérience que l'on ait, l'application des mains à l'extérieur n'offrira jamais que des résultats trop incertains pour fixer le choix des moyens les plus propres à terminer l'accouchement dans ces cas difficiles. Si l'on ne peut acquérir autrement, avec une précision mathématique, la connoissance de tous les diamètres du bassin, du moins en approche-t-on assez pour ne pas commettre de grandes fautes. Il est aisé surtout de déterminer la longueur de celui du détroit supérieur, qui va du pubis au sacrum, le seul qui soit presque toujours en défaut relativement à l'accouchement. On se sert, pour le mesurer, de plusieurs instrumens qui sont autant de compas, dont les uns se développent en dedans du bassin, et les

autres au-dehors. Nous préférons l'un de ces derniers, appelés Compas d'épaisseur, non parce qu'il donne des résultats plus exacts, mais parce que l'application en est plus facile, qu'elle n'a rien de douloureux, rien de fatiguant pour la femme, qu'elle peut se faire dans tous les temps, sur toutes sortes de sujets, et que le résultat qu'on en obtient nous a paru aussi certain que celui des compas qui se développent en dedans du bassin.

Premier moyen de connoitre l'étendue de ce vice de conformation.

130. Pour déterminer de combien le détroit supérieur est vicié dans le sens indiqué, et en mesurer le diamètre au moyen de cette espèce de compas, on prend l'épaisseur de la femme, depuis le milieu du mont de Vénus jusqu'au centre de la dépression de la base du sacrum postérieurement, en appliquant l'une des pointes de l'instrument en devant, à la hauteur de la symphyse du pubis, et l'autre en arrière, un peu au-dessous de l'épine de la dernière vertèbre lombaire (1); et l'on déduit trois pouces de cette épaisseur, tant pour celle de la base du sacrum, qui est généralement de deux pouces et demi, que pour celle de l'extrémité antérieure des os pubis, qui n'est que de six lignes: épaisseurs qui varient si peu, qu'elles ne nous ont pas offert au-delà d'une seule ligne de différence sur le nombre de trente à trente-cinq bassins viciés, resserrés de toutes les manières et à tous les degrés possibles. Cette soustraction de trois pouces sur l'épaisseur extérieure du bassin, dans le sens énoncé, suffit, si l'embonpoint de la femme

(1) Voyez Planche VI.

n'est que médiocre : on n'ajoute qu'une ligne ou deux de plus quand il est excessif, parce que les graisses qui forment la plus grande saillie du mont de Vénus, s'affaissent aisément sous l'extrémité lenticulaire des jambes du compas. Le résultat de ce procédé est si exact, que le bassin, mesuré à l'ouverture du cadavre, avec le compas ordinaire rapporté au pied-de-France, ne s'est trouvé dans aucune de nos expériences au-delà d'une ligne, soit au-dessus, soit au-dessous de l'estimation que nous en avions faite. Une plus grande précision, quand on pourroit l'obtenir, seroit inutile, puisque le choix des moyens les plus propres à terminer l'accouchement, en tels ou tels cas, ne peut être déterminé d'après une ligne de plus ou de moins de la part du diamètre du bassin. D'après ces données, la connoissance du diamètre sacro-pubien s'obtient aisément : il est de quatre pouces, lorsque l'épaisseur extérieure du bassin en présente sept entre les jambes du compas; il n'en a que trois lorsque celle-ci n'est que de six, et deux seulement quand cette dernière n'est pas au-delà de cinq pouces. Nous supposons la femme maigre, comme le sont presque toutes celles qui ont été nouées.

131. Les compas dont les branches se développent dans l'intérieur du bassin, ont souvent présenté un résultat moins exact; et plus d'une fois il s'est trouvé plusieurs lignes d'erreur, soit au-dessus, soit au-dessous du produit qu'ils avoient donné; tant parce qu'il est difficile de maintenir l'une des branches sur le milieu de la saillie de la base du sacrum, pendant qu'on ramène ou qu'on

place la seconde derrière le pubis, que parce que les parties molles qui tapissent le bassin s'opposent à leur développement. Leur usage d'ailleurs est toujours accompagné de douleurs : on ne peut s'en servir chez les jeunes filles sur l'état desquelles les parens incertains demandent des avis avant de les marier; ni même chez celles qui sont mariées, si ce n'est dans le temps de l'accouchement.

132. Le doigt indicateur introduit dans le vagin et dirigé convenablement, peut également faire connoître la longueur du petit diamètre du détroit supérieur, et avec d'autant plus de facilité, que le bassin se trouve plus resserré. On avance l'extrémité de ce doigt sur le milieu de la plus grande saillie que décrit la base du sacrum, près ou sous sa jonction au corps de la dernière vertèbre des lombes; et, en relevant le poignet, on applique le bord radial de ce doigt contre le bord inférieur de la symphyse du pubis. On marque sur ce doigt, avec l'ongle de l'index de l'autre main, le point sur lequel tombe la symphyse dont il s'agit, et, après l'avoir retiré du vagin, on mesure la distance de ce point à l'extrémité du doigt. Cette mesure, qui est celle de la ligne qui descend obliquement du milieu de la saillie du sacrum au bord inférieur de la symphyse du pubis, est communément d'un demi-pouce plus grande que le diamètre du détroit supérieur, considéré du même point de l'os sacrum, au haut de la symphyse énoncée. Un accoucheur bien exercé à ces sortes de recherches ne pourra se tromper que d'une ligne et au plus de deux, quel que soit la forme ou le degré d'ouverture du bassin vicié : ce qui ne

sauroit encore l'induire à commettre de grandes fautes dans la pratique de l accouchement.

133. L'on ne peut atteindre la même précision dans l'estimation des autres diamètres, si ce n'est de celui du détroit inférieur, qui va du pubis au coccix; mais on les évalue cependant assez bien pour ne pas se tromper grossièrement sur le choix des moyens à employer pour opérer l'accouchement. Si les dimensions extérieures du bassin ne peuvent nous faire connoître le diamètre transversal du détroit supérieur, et si le doigt introduit dans le vagin ne peut mesurer ce diamètre, on juge de sa longueur, relativement à l'accouchement, par celle du précédent. Quand celui qui va du pubis au sacrum est assez petit pour qu'il en résulte de grands obstacles, il est excessivement rare que l'autre le soit en même temps; et il est encore plus rare que ce dernier soit en défaut, tandis que le premier a la longueur requise. Si on prend pour le diamètre transversal la ligne qui s'étend d'une échancrure iliaque à l'autre, on ne le trouvera jamais au-dessous de quatre pouces, quelle que soit la longueur du diamètre qui va de devant en arrière; puisque la largeur de la base du sacrum est presque toujours telle: mais cette ligne transversale, la plus étendue qu'on puisse trouver dans le détroit supérieur, ne peut en être regardée comme le diamètre, car loin de passer au centre de cette ouverture, on observe qu'elle touche en quelque sorte le sacrum dans la plupart des bassins difformes, et que dans plusieurs elle passe au-dessous de la saillie de la base de cet os. Si ce diamètre transversal se me-

suroit d'un côté à l'autre du détroit, à égale distance de la saillie du sacrum et de la symphyse du pubis, souvent il seroit plus court qu'on ne le suppose, mais cependant presque toujours plus grand que le diamètre sacro-pubien.

134. On juge à très-peu de chose près de l'étendue des diamètres du détroit inférieur, en palpant extérieurement jusqu'à ce qu'on sente nettement les tubérosités ischiatiques, la pointe du coccix, et le bord inférieur de la symphyse du pubis. Il est aisé de distinguer ces deux derniers points, lorsque le sujet est debout, et d'estimer leur distance : mais il n'en est pas tout-à-fait de même des tubérosités ischiatiques, à cause du grand nombre de muscles qui s'y attachent, et de leur direction : on ne les découvre bien qu'autant que les cuisses du sujet sont fortement fléchies ; de sorte que pour en apprécier l'écartement, il faut que la femme soit assise, ou bien accroupie. C'est par l'écartement des doigts qui touchent ces tubérosités qu'on juge du leur; mais le diamètre qu'on se propose de mesurer ainsi, a toujours deux à trois lignes de moins que cet écartement extérieur, et quelquefois quatre à six lignes, lorsque les os ischium ont beaucoup d'épaisseur.

De la manière de procéder à l'estimation de la largeur du bassin.

135. Toutes les fois que l'état du sujet qu'on examine permet de porter le doigt dans le vagin, on ne doit point y manquer : on pourroit même en introduire plusieurs, si les circonstances y étoient favorables; comme au moment de l'accouchement. Ce procédé conduit plus sûrement encore à la connoissance de l'intérieur du bassin, et nous met dans le cas de découvrir des choses

qu'on ne peut apercevoir en examinant simplement le dehors de cette partie; telles que les exostoses qui l'affectent quelquefois, etc. En parcourant ainsi ce canal, quand on a l'aptitude nécessaire, ce qui ne s'acquiert que par un grand exercice, on peut reconnoître à quelques lignes près, la longueur des différens diamètres, et surtout celle du plus petit du détroit supérieur, comme nous l'avons expliqué ci-dessus. On mesure de même la distance du coccix à la symphyse du pubis, en tenant le bord radial du doigt contre le bord inférieur de celle-ci, et son extrémité sur la pointe du premier qu'on repousse en arrière autant qu'on le peut.

Des moyens de connoître la profondeur du petit bassin, et de la hauteur de l'arcade du pubis.

136. La profondeur du bassin, postérieurement, se mesure par la longueur du sacrum; sur les côtes, par la moitié de la hauteur de l'os des îles, prise depuis son épine antérieure et supérieure à la tubérosité de l'ischium; enfin on connoît cette profondeur en devant, par l'étendue de la symphyse du pubis.

137. Il n'est pas moins facile de trouver l'élévation ou la hauteur de l'arcade du pubis, en déduisant la longueur de la symphyse sur la profondeur des côtés du bassin. Si la première est de dix-huit lignes, et la seconde de trois pouces et demi, la hauteur de l'arcade doit être de deux pouces. La largeur de cette arcade se reconnoît en la parcourant transversalement au moyen du doigt introduit dans le vagin; ou bien en palpant extérieurement à côté et selon la longueur des grandes lèvres. D'ailleurs, l'écartement des tubérosités ischiatiques fait assez bien connoître cette largeur.

Explication de la sixième Planche.

Fig. I. Cette planche présente la coupe verticale d'un bassin réduit à-peu-près à la moitié de ses dimensions naturelles; avec le pelvimetre de M. Coutouly, et notre compas d'épaisseur.

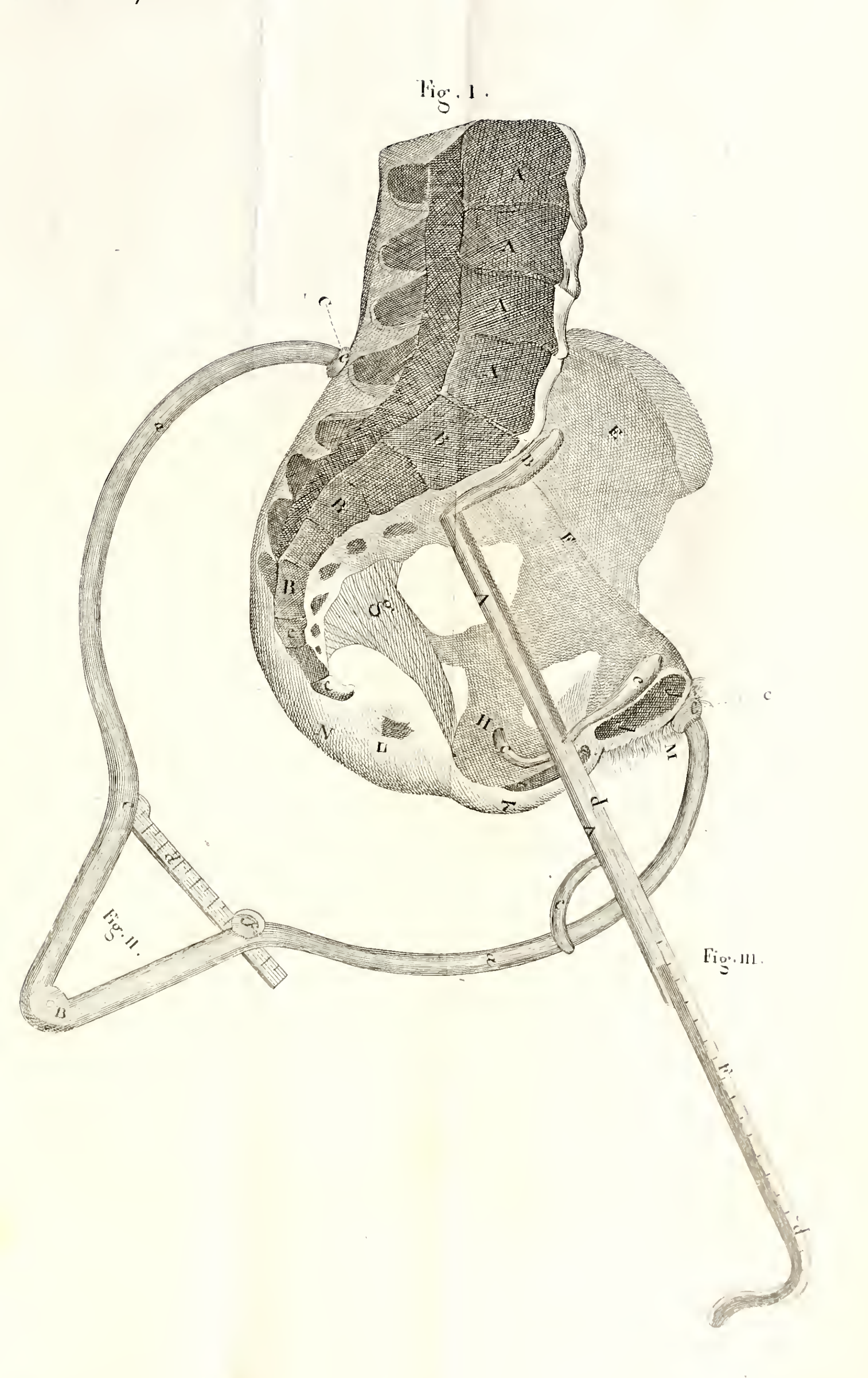
AAAA, les quatre dernières vertèbres des lombes.
B, B, B, l'os sacrum.
C C, le coccix.
D D, facette résultante de la section de la symphyse du pubis.
E, fosse iliaque gauche.
F, le côté gauche du détroit supérieur.
G, le ligament sacro-ischiatique.
H, la tubérosité de l'ischium.
I I, l'entrée du vagin.
K, l'une des grandes lèvres.
L, l'anus.
M, le mont de Vénus.
N, la fesse gauche.

Fig. II. Le compas d'épaisseur dont nous nous servons pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

a, a, les branches du compas.
b, la charnière qui unit les deux branches.
c, c, boutons lenticulaires qui terminent les branches.
d, échelle ponctuée de l'étendue de neuf pouces, destinée à faire connoître l'épaisseur du corps pris entre les branches (1).

(1) Cette échelle se renferme dans une gouttière creusée

Pl. II. P. 84.





e, lieu où cette échelle est unie par une espèce de charnière.

f, petite vis à tête plate, destinée à fixer l'échelle de ce côté, pendant qu'on calcule les degrés d'épaisseur du corps, pris entre les branches.

Fig. III. Pelvimètre de M. Coutouly, développé dans le bassin.

A A, première branche, dont l'équerre *B* est appliquée à la saillie du sacrum.

C C, espèce de crochets destinés à maintenir cette branche pendant qu'on introduit et qu'on développe la seconde.

Cette première branche porte une gouttière à queue d'aronde, dans laquelle se loge et se meut le corps de la seconde.

d, *d*, seconde branche de l'instrument, dont l'équerre *E* est appuyée contre la symphyse du pubis.

e, échelle de l'étendue de quatre pouces, ponctuée sur la branche *d d*, et destinée à faire connoître le degré d'ouverture depuis le pubis jusqu'au sacrum. (1).

---

profondément selon la longueur de la branche du compas, depuis la lettre *e* jusqu'à la charnière *b* ; et passe dans une mortaise faite à l'autre branche sous la lettre *f*.

(1) L'on ne s'est pas attaché à donner scrupuleusement les proportions géométriques des deux instrumens dont il s'agit : on les a réduits ici à-peu-près, comme le bassin, à la moitié de leur grandeur naturelle.

ARTICLE II.

Des parties de la femme qui servent à la génération et à l'accouchement.

Des parties molles qui servent à la génération.

138. Parmi les parties de la femme qui paroissent avoir quelques rapports à la génération et à l'accouchement, les unes se voient sans aucune dissection, et les autres profondément cachées ne se découvrent que par ce moyen; ce qui les a fait distinguer en externes et en internes.

SECTION PREMIÈRE.

Des parties externes de la génération.

139. Ces parties sont le mont de Vénus, les grandes lèvres, la fente appelée Vulve, les nymphes, le clitoris, le méat urinaire, l'orifice du vagin, l'hymen chez les vierges, les caroncules myrtiformes chez les femmes, le frein ou la fourchette, et la fosse naviculaire. Les parties internes sont la matrice et ses dépendances; c'est-à-dire, ses ligamens, les trompes, les ovaires et le vagin.

Des parties externes. Du mont de Vénus.

140. Le mont de Vénus ou le pénil, est cette région couverte de poils, située au bas du ventre et au-devant du bassin, dont l'élévation ou la rondeur est plus ou moins grande selon la forme du détroit supérieur et l'embonpoint de la femme. Au-dessous de cette région, les tégumens se partagent comme en deux colonnes qui se portent

parallèlement au-devant de l'anus et forment ce qu'on appelle les Grandes lèvres.

Des grandes lèvres.

141. Celles-ci sont plus fermes et plus épaisses chez les vierges et chez les jeunes femmes, que chez les autres. Leur face interne, toujours humide, est vermeille dans les premières, et pâle au contraire dans celles qui ont eu des enfans. Leur face externe se garnit de poils à l'âge de puberté. On trouve dans l'épaisseur des grandes lèvres des lames de tissu cellulaire, qui paroissent descendre des branches de l'arcade du pubis ; il y a peu de graisse ordinairement, mais beaucoup de vaisseaux et de glandes sébacées. La grossesse y détermine souvent des changemens qui sont favorables à l'accouchement ; et d'autres, quelquefois, qui s'opposent à sa facilité, et qui exigent en certains cas des secours chirurgicaux ; comme des infiltrations, des tumeurs variqueuses, des abcès, etc.

142. Les grandes lèvres ne laissent entre elles, dans l'état naturel, qu'une espèce de fente assez étroite ; mais quand on les écarte, on y voit une fosse plus ou moins grande, qu'on désigne sous le nom de Vulve, et dans laquelle se découvrent les autres parties externes de la génération.

Des nymphes.

143. Les plus apparentes sont les nymphes : souvent dans les jeunes filles, et surtout au moment de la naissance, elles débordent un peu les grandes lèvres. Elles ressemblent, par leur forme, leur grandeur et leur couleur, aux crêtes qu'on remarque sous le gosier de certaines poules. Elles sont étroites et rapprochées vers leur origine, mais elles s'élargissent et s'éloignent en se portant

en arrière, de sorte qu'elles représentent assez bien, quant à cet écartement, les jambes d'un compas médiocrement ouvert. L'âge et les accouchemens y apportent les mêmes changemens que dans les grandes lèvres; leur structure étant à peu près la même. Elles se relâchent, s'alongent et deviennent pendantes chez certaines femmes, au point qu'elles excèdent de beaucoup les grandes lèvres; le frottement qu'elles éprouvent alors les durcit et les ulcère; ce qui a déterminé plus d'une fois à en faire l'excision. Si leur principal usage est de diriger les urines en en-bas au moment où la femme s'en débarrasse, on ne peut leur refuser celui de fournir aussi à l'augmentation de l'entrée du vagin dans l'instant de l'accouchement, puisqu'on les voit alors disparoître, en partie ou en entier.

Du clitoris.

144. On aperçoit au-dessus des nymphes un repli un peu plus que semi-lunaire, formé par la membrane interne des grandes lèvres, et qui sert comme de prépuce à un tubercule qui s'en dégage de lui-même sur la femme vivante, pour peu qu'on l'irrite en le cherchant. Ce tubercule se nomme vulgairement clitoris, quoiqu'il ne soit que l'extrémité de celui-ci. Il est d'une sensibilité si exquise, qu'on le regarde généralement comme le siége des plaisirs vénériens. Quelquefois la Chirurgie a cru devoir le retrancher à des enfans consumés par le marasme, et prêts à succomber aux évacuations excitées par l'irritation mécanique et continuelle de cette partie : ainsi que chez des femmes plus âgées, mais pour des causes différentes. La portion du clitoris qui est apparente

a peu de longueur et de volume, si ce n'est dans quelques femmes où elle égale le bout du petit doigt, le pouce et même la verge de l'homme. Ce corps prend naissance du bord antérieur de la branche de l'un et l'autre os pubis, par deux racines ou jambes connues sous le nom de Corps caverneux. Ceux-ci sont à peu près cylindriques, et recouverts dans presque toute leur longueur par l'extrémité des muscles érecteurs ou ischio-caverneux, qui appartiennent au clitoris; et ils se joignent et se réunissent au-devant du bord inférieur de la symphyse du pubis, pour former le corps dont il s'agit. Le clitoris paraît attaché à la partie antérieure de cette symphyse par une espèce de ligament qu'on nomme Suspenseur, et il a des vaisseaux de toutes espèces. Étant caverneux et jouissant de la plus grande sensibilité, il se gonfle et se roidit dès qu'on le touche légèrement.

Du méat urinaire.

145. En écartant les nymphes on découvre le méat urinaire. Cette ouverture, plus longue que large, est entourée d'un bourrelet aux environs duquel se remarquent plusieurs petites lacunes qui versent dans cet endroit l'humeur filtrée par les glandes auxquelles elles répondent. Le canal de l'urètre, dont cette ouverture forme l'extrémité, est plus court chez la femme que dans l'homme. Si la structure en est peu différente d'ailleurs, il n'en est pas de même de sa direction, qui éprouve encore quelque changement pendant la grossesse.

146. Long d'un pouce ou environ, mais plus large que chez l'homme, ce canal monte obliquement sous la symphyse du pubis et de devant en arrière pour aller à la vessie. Vers les derniers

temps de la grossesse, il s'élève presque perpendiculairement derrière cette symphyse, à laquelle il devient parallèle; et quelquefois même il se recourbe au-dessus des os pubis, la vessie y étant alors déjetée par la matrice : ce qui fait qu'on ne peut aussi aisément pénétrer dans cette poche et en évacuer l'urine, lorsque le cas le requiert, si l'on ne se sert pas d'une sonde plus courbe que celle qu'on emploie communément chez la femme. Le canal de l'urètre ne peut éprouver ce changement de direction qu'il ne s'alonge plus ou moins et ne se rétrécisse un peu, que son orifice externe ne paroisse plus enfoncé et comme déplacé. Quelquefois, dans les derniers temps de la grossesse, il se trouve au bas de la partie antérieure du vagin même, et en quelque sorte derrière le bord inférieur de la symphyse du pubis. Les suites d'un accouchement laborieux, et même de celui qui s'est fait naturellement, changent tellement le rapport de toutes ces parties chez certaines femmes, que le méat urinaire ne paroît que dans l'endroit indiqué; et comme il n'est pas absolument rare que les urines coulent involontairement pendant quelques jours et même plus, des accoucheurs peu instruits ont pris cette ouverture pour une fistule urinaire.

De l'orifice du vagin.

147. Au-dessous du méat urinaire se voit l'entrée du vagin. Cette ouverture, naturellement plus étroite chez les vierges que chez les femmes, est bordée dans celles-ci de plusieurs petites crêtes, nommées Caroncules myrtiformes, et dans celles-là d'une espèce de croissant membraneux, connu sous le nom d'Hymen : on regarde cette membrane

comme le sceau de la virginité, quoiqu'elle n'en soit souvent qu'un témoignage bien équivoque.

De l'hymen.

148. L'hymen n'est pas un être imaginaire, comme quelques-uns l'ont pensé : si cette membrane n'existe pas chez toutes les jeunes personnes, du moins la rencontre-t-on chez la plupart ; mais sa figure n'est pas constante. Le plus souvent elle ressemble à un croissant dont la convexité regarde le bas de la vulve, et quelquefois l'un des côtés de celle-ci ; dans quelques femmes elle forme une espèce d'anneau, et en d'autres elle ferme tout-à-fait l'entrée du vagin. On l'a vue, à cause de sa dureté et de son épaisseur, mettre obstacle à l'union conjugale, et même à l'accouchement, chez des femmes qui avaient conçu malgré l'impossibilité de cette union intime : ce qui a obligé de l'inciser. Quand l'hymen ferme complètement l'entrée du vagin, presque toujours la femme n'en est instruite qu'au temps de la puberté. Le sang des règles ne pouvant alors s'écouler, s'accumule dans ce canal et le développe ainsi que la matrice, ce qui donne lieu à des accidens qui ne cessent qu'après la division de l'hymen, et qui ont plus d'une fois fait soupçonner de grossesse, les femmes que cette conformation rendoit inhabiles à la génération : les exemples en sont trop multipliés dans les auteurs pour en rapporter de nouveaux.

De l'orifice du vagin.

149. Les caroncules myrtiformes, plus apparentes chez les nouvelles mariées que chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, sont regardées comme les débris de l'hymen. Leur nombre varie ; il s'en trouve le plus souvent quatre, et quelquefois trois seulement. Semblables aux

nymphes, en quelque façon, elles disparoissent de même au moment de l'accouchement, et elles s'évanouissent insensiblement avec l'âge, comme le font les replis du vagin.

Du frein de la vulve ou de la fourchette.

150. Au-devant et un peu plus bas que l'hymen se voit un autre repli membraneux de forme semi-lunaire, désigné sous le nom de Fourchette. Il est infiniment rare de le trouver après l'accouchement; mais sa rupture, presque toujours inévitable lors du passage de la tête de l'enfant, n'a rien de désagréable quand elle ne s'étend pas au loin sur le périnée.

De la fosse naviculaire.

151. C'est entre ces deux replis membraneux, l'hymen et la fourchette, qu'on remarque la fosse naviculaire, dans laquelle on ne trouve rien de particulier.

Du périnée.

152. L'espace compris entre la vulve et l'anus est le périnée. Son étendue est d'environ deux travers de doigt dans l'état naturel, mais il peut s'étendre beaucoup dans le moment de l'accouchement. L'espèce de couture qui règne dans toute sa longueur s'appelle Raphé. C'est de cette cloison, de cette espèce de pont entre l'anus et la vulve, dont l'accoucheur doit s'efforcer de prévenir la rupture au moment de la sortie de la tête de l'enfant : autrement ces deux ouvertures n'en forment bientôt qu'une seule, ce qui peut avoir des suites désagréables, et quelquefois fâcheuses. On a vu le périnée distendu par les efforts de l'accouchement, s'ouvrir dans son milieu, et l'enfant avec l'arrière-faix sortir par cette voie accidentelle, sans altérer en aucune manière l'intégrité des parties qui formoient la vulve et l'anus :

le sphincter de ce dernier et la commissure inférieure de l'autre ayant été parfaitement conservés (1).

SECTION II.

De la Matrice.

De la matrice.

153. La matrice est l'organe dans lequel s'accomplit presque toujours le grand œuvre de la génération. Ce viscère, charnu, membraneux et vasculeux, est situé dans le bassin entre l'intestin rectum et la vessie urinaire, avec lesquels il a des connexions.

154. Sa figure ressemble assez bien à celle d'une petite calebasse aplatie, dont la longueur seroit de deux pouces et demi à trois pouces, la largeur

(1) Un fait de cette espèce a été communiqué à l'Académie de Chirurgie, par un chirurgien-accoucheur de Besançon, et n'a paru douteux qu'aux personnes qui ne savoient pas de combien de développement le périnée étoit susceptible chez la plupart des femmes, dans le temps de l'accouchement. Ce fait, revêtu des témoignages les plus authentiques, n'est pas le seul que nous puissions citer aujourd'hui; une pareille rupture du périnée ayant eu lieu depuis (*), sous la main d'un de nos confrères les plus distingués dans l'art des accouchemens, M. Coutouly. Nous avons vu et examiné la femme le troisième jour des couches, et observé que la déchirure du périnée s'avançoit en montant sur le côté droit de la vulve, jusqu'au milieu de la hauteur de l'entrée du vagin, et se prolongeoit en manière de T vers l'une et l'autre fesses, au-devant de l'anus.

(*) Au commencement de janvier 1788.

de dix-huit à vingt-quatre lignes, et l'épaisseur de dix à douze seulement.

155. On y distingue son fond, son corps et son col. Le fond comprend tout ce qui est au-dessus de l'insertion des trompes de Fallope; le corps, qui est au-dessous, s'étend jusqu'à l'endroit le plus resserré de cet organe, où commence le col; celui-ci se termine dans le vagin, en formant une espèce de mamelon assez gros qui a quelque foible ressemblance avec le museau d'une tanche. La matrice, considérée extérieurement, présente deux faces légèrement arrondies; trois bords, dont l'un en forme le fond et les deux autres les côtés; trois angles, savoir, deux supérieurs et latéraux auxquels aboutissent les trompes de Fallope, et un inférieur qui fait saillie dans le vagin, et qu'on appelle Museau de Tanche. Excepté ce dernier, la matrice est recouverte du péritoine dans toute son étendue, et cette membrane lui est si adhérente, qu'elle paroît entrer dans sa structure même, quoiqu'elle ne fasse que l'envelopper dans sa duplicature, comme tous les autres viscères du bas-ventre.

156. L'on ne peut absolument déterminer, hors le temps de la grossesse, quel est l'ordre et l'arrangement des fibres qui composent la matrice, à cause de leur entrelacement inextricable. Il seroit alors tout aussi difficile d'en connoître la nature, si leurs propriétés communes avec celles des muscles ne l'eussent souvent manifestée dans le moment de l'accouchement. Ces fibres sont plus pâles et beaucoup plus rapprochées dans le col de la matrice que dans ses autres parties, où elles

paroissent plus molles, plus rougeâtres et moins serrées. Cette disposition n'est pas ce qu'on doit le moins admirer dans la structure de ce viscère, puisqu'elle ne peut être altérée accidentellement ou de quelque manière que ce soit, que cette altération n'influe sur le mécanisme de la grossesse et sur celui de l'accouchement même, dont le terme en est tantôt avancé et tantôt retardé. (*Voyez* §. 216 *et suiv.*)

157. En ouvrant la matrice dans toute sa longueur, soit antérieurement ou postérieurement, on en découvre la cavité; l'on peut estimer l'épaisseur de ses parois, qui n'est en général que de trois à quatre lignes; et l'on voit que la substance en est spongieuse et comme diploïque du côté du fond et dans toute l'étendue du corps; mais plus dense et plus serrée dans le col proprement dit: ce qui dépend essentiellement du plus grand nombre de vaisseaux qui y serpentent, et que l'instrument a divisés transversalement.

158. Quoique la cavité du corps et celle du col de la matrice n'en fassent qu'une, l'on est dans l'usage de les distinguer l'une de l'autre et de les décrire séparément. Celle du corps est d'une figure triangulaire, et contiendroit à peine une grosse fève de marais: elle se termine en haut et sur les côtés par deux orifices très-petits, qui forment le commencement des trompes de Fallope; et en bas par un autre plus large qu'on appelle orifice interne de la matrice.

159. Cette cavité est tapissée d'une membrane très-mince, qui est aussi adhérente au tissu de la matrice que le péritoine même qui recouvre ce

viscère extérieurement (1). Ce n'est pas cette membrane qui s'exfolie à la suite de l'accouchement, et qu'on doit appeler Decidua : celle-ci est du produit de la conception; elle est étrangère à la matrice, elle s'en détache aisément, et ne se montre pas sous le même aspect, ni sous la même forme dans tous les temps de la gestation : mais la première fait partie de ce viscère même, et ne peut s'en séparer sans inconvéniens.

160. Cette membrane présente tant de porosités ou d'ouvertures, qu'elle en paroît comme réticulaire. Les plus considérables de ces ouvertures conduisent à des cavités tortueuses, appelées Sinus utérins, et les autres à des follicules ou glandes, qui fournissent l'humeur muqueuse et glaireuse dont la surface interne de la matrice est continuellement enduite; tandis que les plus petites ne sont que les extrémités des vaisseaux exhalans et inhalans. Celles-ci sont également répandues partout; tandis que les premières sont plus nombreuses du côté du fond de la matrice, et les secondes vers le col.

Cavité du col de la matrice.

161. La cavité du col de la matrice est une espèce de canal long d'un pouce ou environ, et un peu plns large dans son milieu que vers ses extrémités. Elle est tapissée de la même membrane que la cavité du corps de cet organe, et l'on y voit de plus que dans cette dernière, des rides qui ne paroissent pas formees seulement par la membrane dont il s'agit, mais encore par les fibres utérines.

(1) L'existence de cette membrane n'est cependant pas tellement constatée, qu'on ne puisse encore en douter.

162. Le col de la matrice s'ouvre, dans le vagin, par une petite fente transversale, qu'on nomme Orifice externe ou Vaginal, et c'est elle qui donne à la portion qui fait saillie de ce côté, la figure d'un museau de tanche. Cette fente, longue de plusieurs lignes seulement, et très-étroite dans l'état naturel, se dilate un peu pendant l'écoulement des règles, et reste comme béante dans les premiers jours qui suivent cette évacuation : ce qui fait que bien des femmes, et surtout celles qui n'ont point encore eu d'enfans, conçoivent plus aisément dans ce temps que dans tout autre, et que quelques-unes même ne peuvent concevoir que dans ce moment.

Orifice externe de la matrice.

163. Le museau de tanche paroît de la longueur de quatre à cinq lignes en devant, et un peu plus en arrière : son épaisseur est à peu près de huit à dix lignes transversalement, et de six à huit de sa partie antérieure à la postérieure, étant comme légèrement aplati dans ce dernier sens. La fente dont il est parlé n'est pas exactement à son extrémité, mais un peu en arrière, ce qui en fait paroître la lèvre antérieure plus épaisse que l'autre.

164. La grossesse et l'accouchement effacent ces caractères au point que le museau de tanche est un peu différent chez presque toutes les femmes qui ont eu des enfans. En général, il est plus gros, plus arrondi, et son orifice plus béant ; son bord est plus ou moins inégal et comme festonné ; tantôt on n'y remarque qu'une seule échancrure, qui se trouve pour l'ordinaire au côté gauche, et tantôt il en existe plusieurs, parce qu'il y a eu plusieurs déchirures au moment du passage de la tête du

fœtus. Nous observerons cependant que ces échancrures du bord de l'orifice de la matrice, n'ont pas toujours lieu chez les femmes qui ont eu des enfans, et qu'elles ne proviennent pas exclusivement de l'accouchement : de sorte que le museau de tanche peut avoir une forme aussi régulière chez des femmes qui ont donné des preuves de fécondité, que chez celles qui sont encore dans l'état de virginité, et présenter chez ces dernières les inégalités qui naissent le plus fréquemment de l'accouchement. D'après ces observations, combien les inductions qu'on tire de l'état du col de la matrice ne paroîtront-elles pas hasardées, surtout quand il s'agit de la réputation, de la vie même d'une femme accusée, long-temps après le crime présumé, de suppression de part, ou d'infanticide? (*Voy.* §. 346.)

165. Il arrive quelquefois que la matrice est double du côté de son fond, ou que sa cavité se trouve partagée par une cloison longitudinale qui s'étend depuis le milieu de celui-ci jusqu'à l'extrémité du museau de tanche, de sorte que l'extérieur n'offre rien de remarquable. Quoique les exemples en soient rares, ils le sont bien moins cependant que ceux de la superfétation, et seroient bien propres d'ailleurs à faire admettre la possibilité de celle-ci, quand on ne pourroit en citer un seul fait. Elle ne nous paroît admissible que dans ces sortes de cas (1).

166. Les artères qui se distribuent à la matrice, viennent des spermatiques et des hypogastriques.

---

(1) Voyez Superfétation, art. Grossesses composées, vol. II.

C'est sur les côtés qu'elles en pénètrent le tissu, d'où leurs branches se portent en avant et en arrière, en faisant des contours aussi variés que multipliés sur elles-mêmes, en formant là, comme partout ailleurs, un grand nombre d'aréoles, et en s'anastomosant les unes avec les autres, c'est-à-dire, les spermatiques avec celles qui viennent des hypogastriques, et celles du côté droit avec celles du côté gauche. Les unes répondent aux veines qui les accompagnent, et les autres se rendent dans un genre de vaisseaux particuliers connus sous le nom de Sinus.

Des sinus utérins.

167. Ceux-ci forment comme autant de réservoirs où le sang déposé par les artères est repompé par des veines qui le reportent dans le torrent de la circulation, à l'exception de ce qui s'en écoule périodiquement chaque mois, pendant un certain temps de la vie, par les orifices qui se remarquent dans la matrice : évacuation qui constitue le flux menstruel.

168. Cette distribution des vaisseaux utérins nous offre l'explication d'un grand nombre de phénomènes qui s'observent tant en santé qu'en maladie, et surtout pendant la grossesse : l'on ne devroit pas la perdre de vue dans la circonstance même où l'opération césarienne est indispensable.

Des vaisseaux lymphatiques utérins.

169. L'on ne peut douter de l'existence des vaisseaux lymphatiques dans la matrice; mais leur source et leur marche ne sont pas aussi parfaitement connues que celles des premiers. Ils y sont si multipliés, et si volumineux dans les derniers temps de la grossesse, qu'on serait presque tenté de croire, dit le docteur Cruikshank, que la ma-

trice n'est qu'un composé de vaisseaux absorbans. Ce savant Anatomiste anglais les divise en deux plans, dont l'un accompagne les vaisseaux hypogastriques, et l'autre les vaisseaux spermatiques. (*Voyez* Cruikshank, Anatom. des vaiss. absorb. du corps humain.)

Des nerfs utérins.

170. Les nerfs de la matrice tirent leur origine des plexus rénaux et hypogastriques, des grands sympathiques ou intercostaux, et des sacrés. D'après ces sources nombreuses et les communications de ces nerfs, l'on ne doit pas être étonné du rapport singulier de cet organe avec toutes les parties du corps, et de la variété des symptômes que produisent les maladies qui l'affectent.

Section II.

Des parties dépendantes de la matrice.

Des ligamens de la matrice.

171. Les parties dépendantes de la matrice sont les ligamens, les trompes, les ovaires et le vagin.

Des ligamens larges.

172. Les ligamens, au nombre de quatre principaux, sont distingués en larges et en ronds. On ne peut avoir une idée bien claire des premiers, qu'en supposant un repli du péritoine, qui divise transversalement la cavité du bassin, et dont les deux lames écartées dans le milieu renferment la matrice, tandis que rapprochées sur les côtés de cet organe, elles forment comme deux ailes qui sont les ligamens larges. Leur bord supérieur forme lui-même, dans toute sa longueur, deux autres replis parallèles, que les Anatomistes nomment

Ailerons, dont l'un contient la trompe de Fallope, et l'autre l'ovaire.

173. Le plus grand usage de ces ligamens n'est pas de fixer la matrice au milieu du bassin, puisqu'elle jouit de toute la mobilité que l'étendue de cette cavité peut lui permettre. Le péritoine, dans ces deux replis, paroît comme en réserve pour le temps de la grossesse, car on les voit diminuer, s'effacer presque entièrement, à mesure que la matrice, qu'ils recouvrent alors, se développe et devient beaucoup plus volumineuse.

Usage des ligamens larges.

174. C'est dans le tissu cellulaire qui unit les deux lames de ces ligamens, que serpentent les vaisseaux sanguins qui vont à la matrice, ainsi que les troncs des vaisseaux lymphatiques qui en reviennent, et que se forment la plupart des engorgemens et des dépôts laiteux.

175. On y remarque aussi deux cordons, un de chaque côté, appelés Ligamens ronds, qui naissent des angles supérieurs de la matrice, au-devant et un peu au-dessous du principe des trompes; qui descendent et se recourbent ensuite en montant vers les os pubis, pour sortir par les anneaux des muscles obliques, et aller se perdre dans le tissu cellulaire et aux tégumens des environs des aines, en se divisant en plusieurs branches et en formant en cet endroit une sorte de patte d'oie.

Des ligamens ronds.

176. Ces cordons paroissent bien plus vasculeux et charnus, que ligamenteux. Les artères qui entrent dans leur composition, viennent des spermatiques, et un filet des nerfs des plexus rénaux en fait également partie. Ils s'accroissent pendant la grossesse, s'engorgent et se développent comme le

De leur structure.

tissu de la matrice même, ce qui leur donne une apparence vraiment charnue. C'est autant à leur engorgement qu'à leur distension et à leur tiraillement, qu'on doit attribuer les douleurs des aines qui tourmentent certaines femmes, soit dans les derniers temps de la grossesse, soit dans quelques-unes des affections morbifiques de la matrice.

Autres ligamens de la matrice.

177. Indépendamment de ces quatre ligamens principaux, on en voit encore deux autres, tant sur la partie antérieure de la matrice, que sur sa partie postérieure, mais qui ne sont bien apparens qu'autant qu'on écarte ce viscère de la vessie et de l'intestin rectum : ce sont des replis semi-lunaires du péritoine, qu'il a plu à quelques Anatomistes de nommer petits ligamens ronds. Ceux qui sont en arrière descendent des parties latérales postérieures et inférieures de la matrice, et vont se perdre, en remontant le long du rectum, vers les régions lombaires : on attribue communément à leur distension et à leur tiraillement, les douleurs qui se font sentir de ce côté, dans les derniers temps de la grossesse et celui de l'accouchement, ainsi que dans le prolapsus complet de la matrice ; mais ces douleurs dépendent-elles réellement de cette cause? Ceux qui se remarquent entre la matrice et la vessie, sont un peu plus petits. L'usage des uns et des autres paroît le même que celui des ligamens larges.

Des trompes de Fallope.

178. Les trompes sont deux conduits longs de quatre à cinq travers de doigt, et tortueux, qui naissent des parties latérales et supérieures de la matrice, et dont le nom désigne parfaitement la figure. Ils sont si étroits du côté de la matrice, que

leur orifice admet à peine un très-petit stilet; mais ils s'élargissent insensiblement jusque vers leur milieu, où ils se rétrécissent un peu pour se dilater ensuite de nouveau, et se terminer par une espèce de pavillon dont le bord est garni de plusieurs languettes charnues, qui lui ont fait donner le nom de Morceau frangé. Cette extrémité est flottante dans la cavité du bassin.

De leur structure et de leur usage.

179. La structure des trompes paroît absolument la même que celle de la matrice; comme celle-ci, elles sont enveloppées du péritoine, on y découvre plusieurs ordres de fibres, et elles peuvent se développer et se contracter. Une des franges charnues qui bordent leur pavillon, est attachée sur l'ovaire, et les autres paroissent destinées à le dilater et à l'appliquer étroitement à ce corps, pour en recevoir ce que la femme fournit à la génération.

180. D'après la structure et le rapport des trompes avec les ovaires, leur fonction, telle qu'on puisse la supposer, paroîtra toujours des plus admirables, et ne pourra s'expliquer qu'en accordant à ces conduits un mouvement vermiculaire, qui s'oppose à la rétrogradation du premier produit de la conception. Nous observerons de plus que les trompes établissent une communication de la cavité même du péritoine avec celle de la matrice, et par conséquent à l'extérieur, au moyen de celle-ci et du vagin.

Des ovaires.

181. Les ovaires sont deux corps blanchâtres, à peu près du volume et de la figure d'une grosse fève de marais. Ils sont placés de champ dans l'épaisseur de l'aileron postérieur des ligamens larges, et atta-

chés par une espèce de cordon ligamenteux aux parties supérieures et latérales de la matrice, derrière l'origine des trompes. Ces corps sont plus gros dans le jeune âge que dans la vieillesse; temps où ils se flétrissent et se dessèchent en quelque sorte. Ils sont un peu bosselés pendant le temps où la femme est féconde, et selon quelques auteurs, on y remarque, dans la suite, autant de petites cicatrices qu'elle a eu d'enfans.

De leur structure et de leur usage.

182. L'on ne connoît pas très-bien encore ni la structure ni l'usage des ovaires; on sait au plus qu'ils sont nécessaires à la génération, et qu'il suffit d'en priver les animaux pour leur ôter la faculté de se reproduire. Le développement du fœtus s'y est fait quelquefois, et nous y avons trouvé une sorte de roche osseuse, garnie de neuf dents solides et bien conformées, qu'on auroit peine à ne pas regarder comme un reste de grossesse (1). Les anciens regardoient les ovaires comme des corps glanduleux, et leur donnoient le nom de Testicules : ils croyoient qu'il s'y filtroit une liqueur prolifique, comme celle de l'homme. Les modernes y voyant constamment un certain nombre de petites vésicules qu'ils ont prises pour des œufs, ont pensé que les ovaires n'étoient que les réservoirs de ces derniers.

183. L'idée qu'on a eue de ces organes a été le germe des diverses opinions qui se sont élevées sur le mystère impénétrable de la génération; celle des

---

(1) Nous donnerons les détails dans la suite; et le fait pourra paroître intéressant sous plusieurs rapports.

anciens a donné lieu au système du mélange des deux semences, et celle des modernes au système des œufs.

Vaisseaux qui se distribuent aux trompes, aux ovaires et aux ligamens de la matrice.

184. Les trompes, les ovaires et les ligamens de la matrice, sont arrosés par les vaisseaux spermatiques, qui forment par leur division dans la femme comme dans l'homme, une espèce de corps pampiniforme, d'où les différentes branches vont à leur destination.

Du vagin.

185. Le vagin est un canal membraneux, naturellement étroit dans les vierges, et toujours assez court pour qu'on puisse toucher facilement le col de la matrice; mais ses dimensions varient selon les circonstances. Il peut s'étendre au point que sa longueur excède celle d'un demi-pied, et s'élargir de manière à contenir la tête d'un enfant : mais il revient à peu près à son état naturel, dès que les causes qui l'en ont éloigné cessent d'agir : ce qui prouve que son tissu est très-élastique.

186. La partie antérieure du vagin est beaucoup plus courte que la postérieure, parce que ce canal est un peu recourbé du côté du pubis, et que ses deux extrémités sont coupées en biseau. L'une d'elles embrasse le col de la matrice, environ cinq ou six lignes au-dessus de l'orifice externe; d'où la membrane intérieure de ce canal paroît se réfléchir sur le museau de tanche, pour se continuer dans la matrice même. L'autre extrémité du vagin en forme l'entrée : elle est entourée d'un plexus vasculaire très-considérable, et de deux bandes charnues qui en sont les muscles constricteurs, et qui montent du sphincter de l'anus au clitoris. La pléthore et le gonflement du premier, joints à

la contraction de ces derniers, rétrécissent plus ou moins l'entrée du vagin, et quelquefois d'une manière très-remarquable.

187. Au milieu du réseau vasculaire dont il s'agit, se trouvent deux glandes de la grosseur d'une petite fève de haricot, dont le canal excréteur, long de plusieurs lignes, vient s'ouvrir sur les côtés de l'orifice du vagin, et y jette quelquefois, avec force, dans l'orgasme vénérien, la liqueur qui est filtrée par ces glandes.

De la structure du vagin.

188. La structure du vagin n'est pas encore parfaitement connue des Anatomistes. Les uns lui donnent une tunique charnue, composée de deux ordres de fibres, de longitudinales et de circulaires. Les autres, avec plus de raison, ne lui reconnoissent que deux membranes, indépendamment de la muqueuse, qui le revêt en dedans: savoir, une interne, beaucoup plus ample et d'un tissu plus serré, qui forme une infinité de replis ou de rugosités qui diminuent singulièrement la capacité de ce canal, tandis que l'externe n'est que celluleuse. Ce sont les replis formés par la première, et que la nature semble y avoir mis comme en réserve pour le temps de l'accouchement, qui permettent au vagin de s'alonger et de s'élargir selon le besoin.

189. Entre ces deux membranes, et principalement vers l'extrémité inférieure du vagin, se remarquent un grand nombre de vaisseaux sanguins, et beaucoup de glandes ou follicules destinées à filtrer l'humeur muqueuse, dont l'intérieur de ce canal est perpétuellement enduit. On y trouve de plus une sorte de tissu diploïque ou caverneux, dans

lequel le sang paroît s'épancher à l'instant de l'orgasme vénérien, comme il le fait dans le corps caverneux du clitoris.

De la direction du vagin.

190. L'axe du vagin n'est pas le même que celui de la matrice; ces deux parties forment, dans le lieu de leur jonction, un coude plus ou moins considérable, dont la partie saillante regarde le sacrum, et la partie rentrante le pubis; mais cette disposition n'étant plus la même dans le temps de l'accouchement, ne mérite pas une très-grande attention.

191. Le vagin n'est point isolé au milieu du bassin; il a des connexions très-étroites, au moyen du tissu cellulaire, avec le canal de l'urètre, une partie du bas-fond de la vessie et l'intestin rectum.

De ses vaisseaux.

192. Ses vaisseaux naissent des artères et des veines honteuses communes, qui en envoient de même aux parties externes de la génération; et ses nerfs viennent de la plupart des sources qui en fournissent à la matrice. (*Voyez* §. 170.)

Vices de conformation du vagin.

193. On a trouvé plusieurs fois des cloisons transversales dans le vagin, d'autres fois de longitudinales, qui sembloient en former deux conduits; et l'on a vu ce canal s'ouvrir dans le rectum, chez des femmes dont les parties externes de la génération manquoient, sans que cette conformation vicieuse les ait rendues stériles. (*Voyez* Barbaut, tom. I, pag. 59.)

CHAPITRE II.

De la matrice, considérée dans l'état de grossesse.

194. Si la nature semble oublier la matrice dans la première période de la vie, pour travailler à la perfection des autres parties, presqu'uniquement occupée de ce viscère pendant la grossesse, et des merveilles qui s'y opèrent alors, elle y produit les changemens les plus surprenans. La matrice, dès l'instant de la conception, commence en quelque sorte à jouir d'une nouvelle vie, elle prend une nouvelle forme, une nouvelle situation, une nouvelle organisation, et ses facultés musculaires se développent éminemment pour le temps de l'accouchement. Les changemens qu'elle éprouve pendant la grossesse se remarquent donc dans son volume, dans sa figure, dans sa structure, dans sa situation, et dans l'action dont elle devient susceptible.

ARTICLE PREMIER.

Des changemens produits par la grossesse, dans le volume, la figure et la structure de la matrice.

Des changemens que la matrice éprouve dans son volume et sa figure

195. Quoique l'on n'aperçoive pas évidemment ce qui se passe dans la matrice au moment de la conception, ni même dans les premiers jours de la grossesse, il y a cependant grande apparence

que ses orifices, entr'ouverts d'abord pour l'entrée du germe ou du principe fécondant, se referment aussitôt pour le retenir; mais toute la matrice se contracte-t-elle pour embrasser ce germe plus étroitement, et sa cavité devient-elle plus petite immédiatement après l'imprégnation, comme quelques-uns l'ont pensé? Aucune expérience ne sauroit jeter le moindre jour sur cette matière : si l'on a trouvé la matrice dans cet état de contraction chez les animaux qu'on a ouverts vivans à l'instant où ils venoient d'être fécondés, cette contraction n'étoit-elle pas l'effet de la mort violente qu'on faisoit endurer à ces animaux, plutôt que de l'imprégnation? S'ensuit-il que la même chose ait lieu chez la femme qui conçoit dans la volupté et qui n'en ressent après aucune douleur?

pendant la grossesse.

196. L'augmentation de la matrice est peu sensible d'un mois à l'autre dans le commencement de la grossesse; mais elle devient si grande par la suite, qu'on a peine à concevoir comment elle peut avoir lieu.

Etat de la matrice avant le troisième mois, et depuis celui-ci jusqu'au neuvième.

Jusqu'au troisième mois la matrice, malgré son développement, reste assez petite chez la plupart des femmes, pour être contenue librement dans la cavité du bassin, et ce n'est généralement qu'à l'époque du quatrième que son fond déborde le détroit supérieur, au point de se faire sentir manifestement à la main qui palpe la région hypogastrique. Dans le cinquième mois, il monte jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic, qu'il surpasse d'autant à la fin du sixième. Au septième, le fond de la matrice entre dans la région épi-

gastrique, dont il occupe la plus grande partie au huitième : mais souvent il se trouve au-dessous à la fin du neuvième mois.

Proportion de l'accroissement des dimensions de la matrice relativement à elles-mêmes et au fœtus, pendant les différens termes de la grossesse.

197. Quoique la matrice s'accroisse en tous sens pendant la grossesse, et le fasse en raison de l'augmentation du produit de la conception, toutes ses dimensions ne s'étendent cependant pas selon les mêmes proportions dans tous les temps, soit par rapport à elles-mêmes, soit par rapport au fœtus. L'axe longitudinal de ce viscère semble croître beaucoup plus du troisième au sixième mois, que de celui-ci au neuvième : tandis que les autres dimensions augmentent bien moins dans les premiers temps que dans ces derniers, où la cavité s'arrondit évidemment de toutes parts, sans néanmoins perdre entièrement la figure ovoïde qui lui est naturelle. Cette cavité, respectivement au fœtus, est très-grande, surtout dans les deux premiers mois, et très-petite dans les derniers.

198. Ces différences, minutieuses peut-être en apparence, mais importantes quant aux vues de la nature, dépendent de la structure de la matrice, du degré de résistance que présentent ses diverses parties, et de l'ordre presque invariable selon lequel s'en fait le développement.

Ordre de développement des diverses parties de la matrice.

199. Les fibres du fond et du corps, plus souples, plus humides et moins serrées que celles des autres parties, sont presque les seules qui cèdent et se développent avant le sixième mois de la grossesse; de sorte que, jusqu'à ce terme, la matrice semble ne rien emprunter de son col. Ce n'est qu'à cette époque que les fibres de cette dernière partie commencent à se développer et à con-

tribuer avec les premières à la dilatation convenable pour loger le fœtus et ses accessoires. Toutes dès-lors s'étendent, se déploient dans les mêmes proportions et continuent de le faire pendant quelque temps. Mais sur la fin de la grossesse, c'est presque entièrement aux dépens des fibres du col que la matrice s'agrandit encore, parce que celles du fond, qui se sont développées les premières, résistent davantage, et qu'il n'existe plus un équilibre parfait dans l'action et la réaction de ces deux parties, tant sur elles-mêmes que sur le produit de la conception.

200. Aussitôt que cette espèce d'équilibre est rompue, les fibres du corps, et surtout celles du fond de la matrice, commencent à faire effort pour expulser les substances qui constituent la grossesse, et elles le font même d'une manière remarquable au toucher. Alors, si on porte le bout du doigt à l'orifice de la matrice au point de toucher les membranes du fœtus, on les trouve flasques dans un instant et foiblement tendues dans un autre; ce qui dénote clairement cette action alternative.

201. Les fibres du col de la matrice supportent donc après ce temps, non-seulement tout l'effort des agens intérieurs qu'elles partageoient ci-devant avec celles du corps et du fond, mais encore l'effet de la réaction de celles-ci sur ces mêmes agens, ce qui les contraint de se déployer plus rapidement, et quelquefois de telle sorte qu'en peu de jours cette partie se développe et s'efface entièrement.

202. Si la cavité de la matrice, qui s'augmente

jusqu'au moment où commence le travail de l'accouchement, acquiert encore de l'étendue après ce temps, ce n'est également qu'aux dépens de ces mêmes fibres devenues plus foibles ; d'abord elles s'alongent et se distendent, puis elles paroissent se ranger à côté les unes des autres ; ce qui rend les parois du globe utérin si minces en cet endroit qu'elles n'ont souvent auprès de l'orifice, que l'épaisseur d'une double ou d'une triple feuille de papier ordinaire.

Le terme de l'accouchement peut varier, selon l'ordre dans lequel se développent le diverses parties de la matrice.

203. C'est par le même mécanisme que la dilatation de l'orifice de la matrice commence à s'opérer, et que les douleurs de l'enfantement se déclarent. Si la fin du neuvième mois de la grossesse est presque toujours l'époque de ces douleurs, c'est que l'ordre du développement de la matrice, tel que nous venons de l'exposer, est presque immuable : il ne peut varier que le terme de l'accouchement qui en paroît l'effet naturel n'en soit avancé ou retardé.

204. Toutes les fois que les fibres du fond et du corps de la matrice résistent trop au développement dans les premiers temps de la grossesse, l'accouchement, chez ces femmes, se fait avant terme, et tout aussi naturellement qu'au neuvième mois chez les autres ; parce que les fibres du col sont forcées de se déployer prématurément, et ne peuvent supporter la réaction des premières au-delà de quelque temps. L'accouchement au contraire se fait plus tard, ou bien le travail en devient très-long, lorsque le col de la matrice ne se développe pas complètement dans le temps assigné par la nature; soit parce que les fibres des

parties supérieures sont alors plus extensibles et moins irritables qu'à l'ordinaire; soit parce que celles du col sont plus denses, ou que cette partie se trouve dans un état de dureté squirreuse.

205. Cette double assertion n'est pas, comme on pourroit peut-être l'imaginer, le fruit d'une spéculation qu'on a voulu faire cadrer avec la théorie établie; c'est une vérité que l'expérience et l'observation ont démontrée plus d'une fois. Nous avons rencontré nombre de ces cas où l'accouchement prématuré a été uniquement la suite de la foiblesse organique, soit naturelle ou accidentelle du col de la matrice. En suivant le développement de cette partie, nous avions annoncé sans crainte de nous tromper, que l'accouchement se feroit, tantôt au terme de cinq mois, tantôt à celui de six ou de sept, selon que ce développement étoit plus ou moins avancé à l'instant où nous examinions la femme, et dans un temps où le col utérin devoit encore avoir toute sa longueur, son épaisseur et sa fermeté naturelles : l'événement a constamment justifié notre jugement. Si le développement prématuré du col de la matrice accélère ainsi le cours de la la grossesse et avance l'époque de l'accouchement, il nous paroît également prouvé que le défaut d'expansion de cette partie, dans le temps ordinaire, peut prolonger l'une et retarder l'autre : comme on a remarqué fréquemment que sa compacité naturelle ou accidentelle prolongeoit singulièrement la durée du travail, lorsqu'il s'annonçoit au terme ordinaire. Les observations que nous avons recueillies sur cette cause de

naissance tardive, n'étant pas revêtues de toute l'authenticité que nous aurions voulu leur donner, et qui paroîtroit nécessaire pour entraîner la conviction, nous les passerons sous silence; réservant de les faire connoître dans un autre temps.

Différences que présente l'organisation de la matrice pendant la grossesse.

206. Quand on compare la matrice aux approches de l'accouchement, avec ce qu'elle étoit avant la grossesse, on voit que l'extension qu'elle a prise est moins l'effet d'un simple développement que d'une espèce de génération, ou plutôt d'un accroissement de substance qui ne se fait pas toujours sans altération pour les autres parties du corps. Selon *Levret*, le solide de la masse de la matrice dans l'état naturel, ou de vacuité, est d'environ quatre pouces et demi cubes; et dans les derniers temps de la grossesse de cinquante-un pouces; de sorte, dit-il, que le rapport de la plus petite matrice à la plus grande est à-peu-près comme 9 est à 102, ou comme 1 est à 11 et demi (1).

207. La matrice, en effet, ne s'étend pas comme la vessie urinaire; si ses parois ne conservent pas toute leur épaisseur naturelle à mesure qu'elle acquiert plus de capacité, du moins en perdent-elles si peu, que plusieurs auteurs ont cru qu'elle restoit la même dans tous les temps. A la vérité, pendant que ceux-ci ont avancé que la matrice, en se développant, ne perdoit rien de son épaisseur, d'autres ont soutenu que celle-ci diminuoit insensiblement depuis les premiers temps de la

---

(1) L'Art des accouchemens, troisième édit., pag. 309.

conception jusqu'à celui de l'accouchement; et quelques-uns, d'une opinion absolument contraire, ont assuré que loin de diminuer elle augmentoit dans les mêmes proportions que la cavité utérine devenoit plus grande.

208. Tant de sentimens sur une chose de fait, ont pu naître du lieu de la matrice qu'on a examiné et du temps où l'on a cherché à en estimer l'épaisseur. Il est bien certain d'ailleurs que les parois de cet organe ne présentent pas la même épaisseur chez toutes les femmes, dans les derniers temps de la gestation, ni chez la même femme à la fin de chaque grossesse; car indépendamment des différences qu'on peut regarder comme individuelles, il en est d'accidentelles, qui tiennent à un degré de dilatation plus ou moins grande dans chaque grossesse, et à la quantité de fluide qui se porte vers la matrice, pour en nourrir et en développer la substance.

209 Pour juger de cette épaisseur vers la fin de la grossesse, il faut examiner la matrice dans sa plus grande dilatation, c'est-à-dire, avant que les eaux de l'amnios n'en soient évacuées; car elle augmente en raison de ce que cet organe se contracte et diminue de capacité, dans les premiers momens qui suivent l'accouchement: il faut l'observer dans toutes ses régions, parce qu'il y en a où elle est constamment plus considérable, et d'autres où elle se trouve constamment moindre. Le lieu où est attaché le placenta, est toujours celui où cette épaisseur est plus grande, et le voisinage de l'orifice celui où elle est plus petite. Si elle n'augmente pas dans le premier lieu,

pendant la grossesse, on peut assurer qu'elle se conserve au moins telle qu'elle est partout ailleurs, avant la conception; mais c'est le seul où elle paroisse se conserver en cet état. Elle diminue dans le reste, et très-manifestement dans l'étendue du col; de manière qu'elle n'excède pas pour l'ordinaire au bord de l'orifice, comme nous l'avons dit plus haut, celle de plusieurs feuilles de papier à écrire.

210. En admettant avec Mauriceau, par exemple, que l'épaisseur des parois de la matrice diminue à mesure que le développement s'en opère, il ne faut pas croire qu'elle devienne telle qu'il l'a publié, plutôt d'après l'opinion de quelques-uns de ses prédécesseurs, que d'après sa propre expérience. Excepté dans le voisinage de l'orifice où elle est très-mince aux approches de l'accouchement, on l'a trouvée partout au moins de la moitié de ce qu'elle étoit avant la grossesse.

211. La plus grande épaisseur qui se remarque à l'endroit où le placenta s'est en quelque sorte greffé, a fait croire à plusieurs accoucheurs, et notamment à *Levret*, que cette portion de la matrice se développoit moins que le reste, et conservoit en conséquence plus de densité (1); mais en les suivant pas à pas, l'on est tenté d'embrasser l'opinion contraire, et de penser avec *Deventer*, que cette portion s'étend plus que les autres. *Levret*, lui-même, semble le prouver en assurant *que le fond de la matrice conserve beaucoup*

---

(1) Observations sur la cause des accouchemens laborieux, part. 1, pag. 120, 130, etc.

d'épaisseur, malgré sa prodigieuse extension à la fin de la grossesse, lorsque le placenta y est attaché (1).

213. S'il est démontré que les parois de la matrice ne conservent l'épaisseur qu'elles ont encore à la fin de la grossesse, que parce qu'il s'y porte plus de fluides, que leurs vaisseaux se dilatent, qu'elles deviennent plus spongieuses et plus humides, en un mot que le tissu s'en accroît, pourquoi ne pas admettre que le lieu où est attaché le placenta se développe autant que les autres, s'il ne le fait pas davantage? Une matrice saine se déploie uniformément dans tous ses points; mais selon qu'il y a plus de fibres et de vaisseaux dans chacun d'eux. Si on l'a trouvée quelquefois d'une forme irrégulière vers la fin de la grossesse, cette irrégularité, qui n'est souvent que momentanée, ne tient qu'à la forme que prend l'enfant dans ses mouvemens, ou à sa position même : les parois de la matrice n'étant jamais assez tendues sur le produit de la conception, pour qu'elles ne puissent pas se prêter à ces changemens de forme. Nous en excepterons le moment de ses fortes contractions ou des douleurs de l'accouchement.

214. Nous avons annoncé que les parois de la matrice s'épaississoient à mesure que sa capacité diminuoit, et qu'elle se contractoit sur elle-même : l'instant où elles présentent le plus d'épaisseur semble donc celui qui succède à la délivrance. Cette épaisseur, incomparablement plus grande alors qu'avant l'époque de l'accouchement, s'ac-

---

(1) L'Art des accouchemens, §. 279.

croît encore dans les premiers momens, parce que le sang ne peut s'écouler dans les mêmes proportions qu'il se porte dans le tissu de la matrice.

215. Selon le lieu qu'on examinera et le temps où l'on fera cet examen, on trouvera donc les parois de ce viscère plus épaisses ou plus minces. Ceux qui ne feront attention qu'à l'épaisseur que présentent les régions les plus voisines de l'orifice, aux approches de l'accouchement, et surtout d'un premier accouchement, croiront avec *Mauriceau*, qui a été l'écho de *Galien*, d'*Avicenne*, d'*Ætius* et autres, que la matrice s'amincit considérablement en se développant; tandis que ceux qui n'en jugeront qu'après l'accouchement, se persuaderont au contraire qu'elle s'épaissit.

Mécanisme de la dilatation de la matrice.

216. Quand on connoît la contexture de la matrice et la résistance singulière qu'elle oppose dans l'état naturel aux agens qui s'efforcent de la dilater, l'on ne peut, sans étonnement, la voir céder dans la grossesse, et permettre au fœtus de s'y développer librement : plus cette résistance est grande, plus la nature doit paroître admirable dans cette opération.

217. La cavité de la matrice étant assez spacieuse pour contenir le produit de la conception dans les premiers jours, la nature ne semble employer ce temps qu'à humecter et à relâcher les fibres qui doivent prêter d'abord; et en n'attaquant ainsi que les plus foibles, dans le commencement, elle se ménage plus de temps pour soumettre les autres, et les disposer à remplir les mêmes vues. Toujours économe dans ses moyens,

elle n'emploie que des fluides pour opérer ces grands effets. Tandis que la petite quantité d'eau qui entoure l'embryon et qui distille continuellement dans la cavité de la matrice, agit contre tous les points de la surface interne de ce viscère avec une force relative à sa base et à la hauteur du courant qui la détermine vers ce lieu (1), les fluides qui circulent dans les vaisseaux, dont l'organe est tissu, n'exercent pas mons d'efforts pour le dilater et le développer, ainsi que l'ont annoncé plusieurs auteurs (2).

Changemens qu'éprouvent les fibres utérines pendant la grossesse, et après l'accouchement.

218. Les fibres de la matrice, non-seulement se développent et s'alongent pendant la grossesse, mais elles deviennent aussi plus molles, plus spongieuses et plus rougeâtres ; de sorte qu'on leur reconnoît partout, sur la fin de la gestation, le caractère extérieur des fibres musculaires, étant d'ailleurs comme celles-ci très-irritables et capables de contraction.

219. Si la grossesse détermine de pareils changemens dans les fibres de la matrice, l'accouchement et ses suites y font remarquer le contraire. Ces fibres se froncent et se raccourcissent pend l'expulsion de l'enfant et de ses dépendances ; puis elles deviennent plus denses et plus pâles à mesure que leur dégorgement a lieu : de sorte qu'au bout de cinq à six semaines, même plus tôt, ce

(1) *Puzos*, Traité des accouchemens, page 26 et suiv. *Levret*, l'Art des accouchemens, troisième édit., aph. 351. *David*, Traité de la nutrition et de l'accroissement, pag. 4 et suiv.

(2) *Levret*, ibid., aph. 256, 348, 352. *Roedérer,* Elémens de l'art des accouchemens, §. 67.

Changemens qui arrivent aux vaisseaux de la matrice, pendant la grossesse.

viscère reparoît à peu près dans son premier état.

220. Les vaisseaux de la matrice ne sont point exempts des effets de la grossesse. Liés aux fibres qu'ils arrosent, ils se déploient en même temps, et leurs contours multipliés s'effacent. Etant moins serrés d'ailleurs, et moins comprimés par ces mêmes fibres, quelques-uns d'eux parviennent à un degré surprenant de dilatation.

221. Si cette dilatation ne s'observe pas dans toutes les régions de la matrice où il y a des vaisseaux apparens, du moins la remarque-t-on constamment dans l'étendue qu'occupe le placenta : là où tous les accoucheurs savent que plusieurs des sinus dont il est parlé au §. 167, deviennent assez grands pour contenir le bout du petit doigt ; et les autres à peu près une moyenne plume à écrire. Ce ne sont pas seulement les vaisseaux sanguins qui se développent et s'élargissent pendant la grossesse, les vaisseaux lymphatiques le font bien davantage, si l'on n'a égard qu'à leur diamètre primitif ; puisque, selon le docteur *Cruikshank*, ils deviennent aussi volumineux qu'une plume d'oie, et paroissent d'ailleurs si nombreux, que la matrice ne semble qu'un amas de ces vaisseaux (1). Les nerfs se développent et s'accroissent comme les autres parties.

222. Les changemens que la grossesse apporte dans la direction et le diamètre des vaisseaux utérins, n'annoncent-ils pas ceux que la circulation doit y éprouver ? A mesure que la matrice se dé-

---

(1) Voyez le lieu déjà cité de l'anatomie des vaisseaux absorbans.

veloppe, que son tissu devient plus souple et plus spongieux, ses artères moins tortueuses et moins serrées, offrent moins d'obstacles au cours du sang, et le mouvement de ce fluide y devient plus libre; elles en reçoivent alors une plus grande quantité, dans un temps limité; elles en transmettent davantage dans les veines, ainsi que dans les sinus ou réservoirs qui communiquent avec le placenta, et qui y déposent la portion destinée à vivifier le fœtus avec toutes ses dépendances.

223. Si ces premiers phénomènes sont autant d'effets naturels du développement de la matrice pendant la grossesse, sa contraction, au moment de l'accouchement et après, en produit de nouveaux, d'autant plus intéressans à connoître qu'ils peuvent nous diriger utilement dans la pratique, et surtout dans les cas d'hémorrhagie.

Des changemens que l'accouchement et ses suites apportent dans les vaisseaux de la matrice.

224. A mesure que ce viscère diminue, les vaisseaux dont il s'agit se replient et deviennent tortueux, comme ils étoient avant la grossesse; ils éprouvent une compression, non-seulement d'autant plus forte que l'action de la matrice sur le corps qu'elle renferme est plus puissante et que ce corps résiste davantage, mais encore que la matrice se contracte sur elle-même et se rapproche de plus en plus de son état naturel.

225. Pendant le travail de l'enfantement, le sang parcourt les artères plus difficilement; il aborde plus lentement dans les sinus, ces sinus en reçoivent une moindre quantité dans le même espace de temps qu'auparavant, et ils en transmettent moins dans les endroits indiqués au §. 222.

226. Quand ce travail devient opiniâtre et se

soutient long-temps après l'évacuation des eaux de l'amnios, toute communication semble s'intercepter entre les vaisseaux utérins et les sinus où ils aboutissent, entre ces sinus mêmes et ceux du placenta, de sorte que l'enfant ne sauroit plus être vivifié par le sang de sa mère comme auparavant; qu'il n'y a plus de perte considérable à craindre si le placenta vient à se détacher, et qu'elle se suspend même dans ce moment, si elle existoit avant. Le resserrement et la contraction de la matrice sur elle-même, après la sortie de l'enfant et celle du placenta, rendent ces phénomènes bien plus remarquables.

227. C'est sur toutes ces observations que sont fondés les préceptes qui rendent à jamais mémorable le célèbre *Puzos*, et que s'appuie la pratique sage et raisonnée qu'il a substituée à la routine aveugle et meurtrière que suivoient avant lui la plupart des accoucheurs dans le cas de pertes abondantes (1). Elles peuvent également servir de base à une théorie très-lumineuse sur l'origine et la cessation naturelle des lochies sanguines et séreuses, et à l'explication de plusieurs autres effets que nous exposerons dans la suite.

ARTICLE II.

De l'action de la matrice.

228. La matrice étant irritable comme tous les muscles, jouit, de même que ceux-ci, d'une

---

(1) Voyez l'ouvrage de *Puzos*, Mémoire sur les pertes de sang.

action de ressort et de contraction. C'est par la première qu'elle tend continuellement à revenir sur elle-même quand elle est distendue ; mais c'est de la dernière qu'elle emprunte les forces nécessaires pour vaincre les grandes résistances qui s'opposent à ce retour, et pour se délivrer des corps solides qui la gênent et l'incommodent.

De l'action du ressort de la matrice, et de l'inertie de ce viscère.

229. Le ressort de la matrice, qu'on appelle aussi action tonique ou élasticité, subsiste quelquefois après la mort, et paroît alors s'entretenir aussi long-temps que la chaleur du sujet. L'expulsion du fœtus et de ses dépendances après cet instant, sembleroit prouver l'existence de cette propriété (1), si elle n'était bien démontrée par le resserrement de la matrice ou sa contraction sur elle-même, presque aussi prompte et aussi forte qu'à la suite de l'accouchement ordinaire, quand on extrait ce qu'elle renferme peu de temps après la mort (2). Si l'on peut con-

(1) Nombre d'auteurs assurent que quelques femmes sont accouchées spontanément après leur mort ; et *Levret* ajoute à leur témoignage, en disant qu'il en est convaincu par sa propre expérience.

(2) *Le Roux*, chirurgien de Dijon, s'aperçut, en accouchant une femme qui étoit morte depuis plus d'un quart-d'heure, que la matrice se resserroit à mesure qu'il en dégageoit l'enfant ; qu'elle conservoit autant de solidité que si la femme eût été vivante ; et que lorsqu'il voulut procéder à l'extraction de l'arrière-faix, le col de ce viscère opposa, dit-il, assez de résistance à l'introduction de sa main pour lui faire naître quelques doutes sur la réalité de la mort. (*Voyez* Traité des Pertes, observation XIII, page 25.) A l'ouverture d'une femme, que nous avions accouchée de même, immédia-

clure de ces observations que cette propriété ou tonicité de la matrice se conserve encore pendant quelques instans après l'extinction de la vie, l'expérience prouve également qu'elle peut s'affoiblir tellement à la suite de l'accouchement chez la femme vivante, qu'elle paroît en quelque sorte détruite. Comme les parois de la matrice, dans ce cas, restent molles et sans action apparente, on a coutume d'exprimer cet état sous le nom d'*atonie* ou d'*inertie*. Nous observerons, comme l'a déjà fait Le Roux, chirurgien de Dijon, que l'inertie dont il s'agit n'est pas la perte absolue du ressort de la matrice, mais seulement une diminution d'action, d'irritabilité et de sensibilité, un état d'épuisement, de défaillance; de syncope en un mot, pour nous servir des expressions de ce chirurgien.

230. Dans cet état, l'irritabilité et la sensibilité de la matrice sont quelquefois tellement affoiblies, que ce viscère supporte sans peine la présence de la main de l'accoucheur, et que les liqueurs stimulantes qu'on y injecte ne peuvent le forcer à se contracter : une injection de vinaigre pur, des linges imbibés de cette liqueur et introduits au fond de la matrice même, n'ont pu, dans une semblable circonstance, exciter la plus foible sensation. Ce cas, souvent fâcheux pour la femme, est en même temps des plus alarmans

tement après sa mort, nous trouvâmes la matrice étroitement contractée sur le placenta, que nous n'avions pas jugé à propos d'extraire après l'enfant. Ce n'est peut-être que par exception à la loi générale que cette propriété de la matrice survit ainsi à toutes les autres.

pour l'homme de l'art, que des gens injustes rendent garant des événemens, puisque, malgré son activité et ses soins, il a presque toujours le désagrément de voir l'accouchée succomber à l'hémorrhagie.

231. L'inertie de la matrice peut en affecter toutes les parties à la fois ou bien une seule. Tantôt elle n'a lieu que dans le fond et le corps, tandis que le col jouit de toute son action; tantôt celui-ci seul en est atteint, et les premiers se contractent et se resserrent à l'ordinaire. Cette inertie peut être plus grande ou plus foible, se manifester à l'instant de l'accouchement ou quelques heures et même quelques jours après; elle peut se dissiper et reparoître diverses fois, comme la syncope proprement dite : de sorte qu'il ne suffit pas que la matrice se soit contractée sur elle-même dans les premiers momens, comme elle le fait presque toujours après l'accouchement, pour que la femme soit en sûreté contre l'hémorrhagie, et que l'accoucheur n'ait aucune crainte à ce sujet (1).

---

(1) On trouve beaucoup d'exemples de pertes de sang, quelques heures et même quelques jours après l'accouchement, quoiqu'il n'y ait eu qu'un dégorgement ordinaire dans les premiers momens, et que la matrice jusqu'alors parût bien resserrée sur elle-même. Nous avons été témoin de cet accident au huitième jour des couches, et dans un autre cas au treizième. La matrice étoit molle au toucher, son col était flasque, et l'on y auroit introduit librement la main. Il peut se former des épanchemens de sang dans la matrice à des époques aussi éloignées de l'accouchement, si le col se trouve

Observation.

232. La mauvaise constitution de la femme, l'hémorrhagie même qui précède ou qui accompagne l'accouchement, l'extrême dilatation de la matrice, soit qu'elle contienne beaucoup d'eau, ou plusieurs enfans, sont autant de causes éloignées de l'inertie. Elle peut être également la suite des efforts pénibles et long-temps soutenus de l'accouchement, parce que les forces de la matrice s'épuisent comme celles des autres organes, et que l'affaissement succède à toute espèce d'ac-

---

fortement contracté, ou bouché par un corps étranger, en même temps que le corps de cet organe est dans l'inertie. Une femme fut victime d'une perte intérieure de cette espèce au septième jour de ses couches, parce qu'un chirurgien, pour s'opposer à l'issue du sang qui couloit abondamment au dehors, avoit imprudemment tamponné le vagin. Le fait suivant offre peut être quelque chose de plus extraordinaire, que nous n'entreprendrons pas d'expliquer.

Observation.

Une femme étant accouchée le 29 août 1776, au terme de six mois, passa les cinq premiers jours sans accidens, la révolution du lait s'étant bien faite, et les lochies étant déjà blanchâtres. A cette époque un sentiment incommode d'engourdissement dans tout le côté droit du corps, y compris le bras et la jambe, fit dire à cette femme que ses règles alloient reparoître, cet engourdissement en ayant été le signe avant-coureur depuis huit ans. Le sang parut en effet, et cette femme en perdit peut-être plus de douze palettes avant de recevoir les premiers secours. Le lendemain à la même heure, les choses se passant aussi naturellement qu'avant cette perte, l'engourdissement se fit sentir de nouveau et fut suivi d'une perte plus copieuse encore, qui mit la femme dans le plus grand danger : elle se rétablit cependant, mais sa convalescence fut excessivement longue.

tion immodérée : mais en aucun cas elle ne peut être plus à craindre qu'après l'accouchement que le vulgaire regarde comme le plus heureux, en ce qu'il est le plus prompt et le moins douloureux. Dans ces sortes de cas où l'enfant est comme entraîné par le flot des eaux, la matrice s'évacuant tout à coup et sans efforts, avant que son action ne soit vivement sollicitée, éprouve un état de surprise, d'étonnement et de relâchement, qui suspend pour un temps plus ou moins long ses facultés contractiles.

233. Cet état de syncope utérine est plus ou moins fâcheux, selon qu'il se soutient plus ou moins de temps, qu'il affecte toutes les parties de la matrice ou une seule, et que le placenta conserve plus ou moins ses rapports avec elle. L'inertie, qui a pour cause éloignée l'hémorrhagie qui a précédé l'acouchement, est plus dangereuse que celle qui provient de la prompte et trop subite évacuation des substances que contenoit la matrice. Elle n'a rien d'inquiétant dans ce dernier cas, lorsque le placenta n'est détaché en aucun endroit; mais elle peut avoir des suites fâcheuses si ce corps vient à se séparer avant que les forces de la matrice ne se soient rétablies. L'inertie du col seul de ce viscère est moins inquiétante que celle qui en affecte le fond et le corps, parce que c'est à ces derniers que s'attache le plus communément le placenta, et qu'il y a plus d'orifices ouverts qu'il ne s'en trouve dans le premier, etc.

234. L'hémorrhagie est le seul accident qui puisse provenir essentiellement de l'inertie de la matrice : mais il ne peut avoir lieu que le placenta

ne soit détaché en totalité ou en partie. La quantité de sang qui se répand alors, dans un temps donné, est en raison de l'intensité de l'inertie, de la portion de placenta séparée de la matrice et de la force du mouvement du sang même, souvent augmentée par les douleurs de l'enfantement, qui ont précédé (1). L'hémorrhagie n'est pas toujours apparente : quelquefois le sang s'épanche dans la matrice au point de lui redonner à peu près la capacité qu'elle avoit avant la sortie de l'enfant (2).

235. L'hémorrhagie cachée est plus ordinaire quand l'inertie n'affecte que le corps et le fond de la matrice, que lorsqu'elle a lieu dans toutes ses parties. Le resserrement du col, dans le premier cas, suffit pour retenir le sang dans la cavité; au lieu que dans le second la congestion ne peut se faire qu'autant qu'un corps quelconque bouche mécaniquement le vagin.

236. L'état de foiblesse et de relâchement que nous appelons *inertie*, dispose la matrice à se renverser ou bien à se retourner sur elle-même, si l'on entreprend d'en extraire le placenta, qui y est

---

(1) Une femme en perdit sous nos yeux, et en présence de trente-cinq élèves au moins, plus de quatre livres, dans le court espace de trois à quatre minutes, malgré la promptitude des secours qu'on lui administra : le coagulum ramassé sur le lit, et mis dans la balance, surpassoit le poids de trois livres.

(2) Chez la femme dont nous avons parlé dans l'une des observations ci-dessus, quoiqu'au septième jour des couches, l'épanchement du sang fut si considérable, que le fond de la matrice s'élevoit beaucoup au-dessus de l'ombilic.

encore adhérent, et avant qu'elle ne se soit contractée et réduite en un globe un peu ferme au toucher; de même que si la femme se livre à de grands efforts pour se délivrer, pendant que ce viscère est mou et sans action.

237. L'indication que présente l'inertie de la matrice ne consiste qu'à ranimer les facultés, qui sont comme assoupies, à augmenter la sensibilité et l'irritabilité de ce viscère; ce qu'on obtient tantôt en faisant de fortes frictions sur la région hypogastrique, en y appliquant des serviettes très-chaudes ou trempées dans des liqueurs froides, aqueuses ou spiritueuses, et tantôt en injectant de celles-ci dans l'organe même. La perte de sang qui provient de cet état d'inertie n'exige pas d'autres secours, et ne peut s'arrêter que par le rétablissement des facultés dont il s'agit.

De la contraction de la matrice.

238. La contraction est une action bien plus puissante que celle de ressort; elle dépend d'une cause irritante qui nous est inconnue, et n'est pas soumise à la volonté, comme celle de la plupart des muscles. Aucune femme ne peut en augmenter la force ni la diminuer, en accélérer le retour ni le retarder; quoique les grandes impressions de l'âme puissent la mettre en jeu ou en arrêter les progrès.

239. Toutes les parties de la matrice se contractent en même temps, et aucune ne reste en repos pendant que les autres agissent; mais cette contraction n'est pas également forte partout, car si cela étoit, l'accouchement ne pourroit se faire. Si elle est plus forte dans tout ce qui forme le corps et le fond de la matrice que dans le col,

c'est que les fibres ne sont pas également disposées ni aussi nombreuses dans toutes ces parties : chaque faisceau, pris en particulier, paroît agir avec le même degré de force (1).

240. La matrice vivement irritée contre les obstacles qui lui résistent, surtout dans les accouchemens difficiles, se contracte avec tant de force, qu'elle s'épuise et tombe dans l'inertie, ou bien qu'elle se déchire et pousse l'enfant dans la cavité abdominale. Son action est si grande

---

(1) Quoiqu'il soit tellement aisé d'acquérir la preuve de ces vérités, qu'elle ne peut échapper à l'homme le moins instruit, à celui qui n'a d'autre guide que la nature, les opinions sont cependant encore partagées sur cette action de la matrice. Tandis que les uns refusent à ce viscère la faculté de se contracter à l'instar des muscles, et ne lui accordent qu'une action de ressort, les autres soutiennent que le col tombe dans le relâchement pendant que le fond et le corps agissent puissamment. Ceux-ci assurent, avec la même confiance, que la région à laquelle le placenta est lié ne concourt en rien à l'expulsion du fœtus; et ceux-là, au plus grand mépris du témoignage des sens et de la raison, voient partout deux plans de fibres dont l'action est alternative, le plan intérieur étant dans le relâchement et le repos, tandis que le plan extérieur se contracte fortement.... La dureté que présentent les parois de la matrice pendant la douleur de l'enfantement, dans tous les points accessibles au doigt, soit qu'on touche immédiatement, ou à travers les enveloppes du bas-ventre, démontre que toutes ses parties se contractent en même temps, puisque cette dureté momentanée est le caractère de la contraction des muscles, comme la souplesse est le caractère de l'état de repos ou d'inaction.

dans quelques-uns de ces cas, que la main de l'accoucheur le plus robuste ne peut la supporter au-delà d'un instant sans être fatiguée et sans éprouver de la douleur et de l'engourdissement.

ARTICLE III.

Des déplacemens que la matrice peut éprouver pendant la grossesse, et de son obliquité.

241. Quel que soit le temps où l'on considère la situation de la matrice et ses rapports avec les parties circonvoisines, surtout dans le cours de la grossesse, il est rare de trouver son axe longitudinal parallèle à l'axe du bassin, et plus rare encore de le voir selon la ligne qui partageroit verticalement le corps de la femme en deux parties égales. Placée entre la vessie et l'intestin rectum, dont la forme et le volume changent plusieurs fois le jour; flottante en quelque sorte au milieu du bassin, malgré les nombreux ligamens qui semblent destinés à la fixer; soumise à l'impulsion des viscères du bas-ventre, et comme ceux-ci à l'action des muscles abdominaux et du diaphragme, aussi bien qu'à celle de quelques agens extérieurs, la matrice n'a point de position absolument déterminée, et en prend une, pour ainsi dire, nouvelle à chaque instant. Tantôt elle est plus basse ou plus élevée, tantôt elle est inclinée vers le sacrum ou vers le pubis; et d'autres fois sur l'un des côtés.

242. Ces déplacemens momentanés, qui tien-

nent à la situation et à la forme naturelle de la matrice, à la disposition de ses ligamens et à ses rapports avec les parties circonvoisines, ne mériteroient aucune attention, si leur mécanisme ne pouvoit répandre quelque jour sur celui de plusieurs autres déplacemens d'une espèce plus grave, non-seulement parce qu'ils sont plus grands, mais parce qu'ils peuvent troubler quelques-unes des fonctions les plus importantes à la vie. C'est aux mêmes causes, en effet, qu'il faut attribuer la descente ou prolapsus de la matrice, et ces déplacemens connus depuis peu sous la dénomination de Rétro-version et d'Anté-version, ainsi que son Obliquité pendant la grossesse.

Section première.

De la descente ou prolapsus de la matrice, de sa rétro-version et de son anté-version.

Du prolapsus de la matrice.

243. Si la matrice, en vacuité, descend à la moindre impulsion que lui communiquent les viscères du bas-ventre, elle le fait d'une manière bien plus remarquable pendant les premiers mois de la grossesse, tant parce qu'elle présente plus de surface à ces viscères, dont l'impulsion devient alors plus forte, que parce que sa pesanteur s'augmente spécifiquement. Non-seulement elle descend davantage à chaque impulsion qu'elle reçoit, pour se relever ensuite; mais, en général, on la trouve habituellement plus basse dans ces premiers temps, qu'elle ne l'étoit avant;

et l'on remarque presque toujours que son fond est incliné en arrière, et son orifice tourné en avant.

244. Ce premier degré de précipitation ne sauroit être regardé, chez la plupart des femmes, comme un état contre nature, puisqu'il n'apporte aucun dérangement dans les fonctions; mais il ne peut devenir plus grand sans donner lieu à quelques accidens. Abstraction faite de toutes les causes étrangères à la grossesse, la matrice descend d'autant plus dans les premiers mois de la gestation, que le bassin est plus spacieux, et que la femme a déjà eu plus d'enfans. Chez les unes, elle vient s'appuyer sur la face interne du périnée, et chez les autres, son col, et même la totalité de son corps, franchit la vulve et paroît au-dehors. Nous avons observé de pareilles descentes au quatrième mois de la grossesse, chez plusieurs femmes; et après le sixième mois, chez une autre qui crut pouvoir quitter, sans inconvéniens, un pessaire fort large qu'elle portoit depuis long-temps.

245. Les accidens qui naissent de cette première espèce de déplacement, sont en raison de son étendue et du volume de la matrice relativement à la capacité du bassin. Un sentiment de pesanteur sur le fondement, des tiraillemens douloureux vers les aines, l'ombilic et les lombes, sont les seuls qui accompagnent le premier degré; bientôt il s'y joint de la foiblesse, de la défaillance et de l'épuisement, si la matrice descend davantage; la femme ne peut rester debout, ni marcher librement, et elle tombe insensiblement dans le marasme, si l'on ne remédie pas à cette espèce de

descente : chez plusieurs de ces femmes, le retour de la santé et de l'embonpoint n'a exigé que l'application d'un pessaire.

246. Si les effets de la précipitation de la matrice se bornent à de légères incommodités dans les premiers mois de la grossesse, il n'en est pas toujours de même dans la suite. La matrice, en se développant de plus en plus, et restant aussi basse, comprime le col de la vessie, le canal de l'urètre et l'intestin rectum, à la manière d'un coin interposé au milieu du bassin, et fortement serré, ce qui donne lieu à la rétention d'urine, à la constipation et à tous les accidens qui en dépendent, ainsi qu'à beaucoup d'autres.

247. Ce n'est pas seulement dans le cas où la matrice se développe ainsi au milieu du bassin, qu'elle donne lieu à la rétention des urines; le même accident peut se manifester quoiqu'elle ait moins de volume, si elle descend au point de s'engager fort avant dans les parties extérieures, et de se montrer au-dehors. Ce cas, plus facile à connoître que le premier, et en apparence plus grave, puisque la descente de la matrice est plus grande, n'est cependant pas aussi désagréable quant à ce qui concerne la rétention d'urine. Lorsque celle-ci dépend d'un pareil degré de précipitation de la matrice, elle se manifeste tout-à-coup, et souvent c'est le premier effort que fait la femme pour uriner, qui la détermine, parce que c'est cet effort qui précipite la matrice à ce point. Dans l'autre cas, la rétention d'urine arrive lentement, et il est bien rare qu'elle ait lieu avant le troisième ou le quatrième mois de la grossesse. La femme

n'éprouve d'abord qu'un peu de difficulté à uriner, et de plus grands obstacles se succèdent insensiblement jusqu'à ce que la rétention soit complète.

248. Le cours des urines se rétablit promptement dans le premier cas, si on repousse la matrice dans le bassin, et si on la soutient avec le doigt. Ce secours ne seroit pas même nécessaire en bien des circonstances, si la femme se couchoit sur le dos, et tenoit les fesses fort élevées toutes les fois qu'elle sent le besoin d'uriner. C'est par ce moyen que quelques-unes, d'après le conseil des gens de l'art, ou instruites par leur propre expérience, préviennent la rétention d'urine de l'espèce dont il s'agit, et y remédient lorsqu'elles en sont affectées.

249. L'on ne peut la prévenir et y remédier aussi aisément dans l'autre cas. Pour qu'elle cesse, il faut que le corps de la matrice s'élève vers le milieu du ventre, et se développe au point de ne pouvoir redescendre dans la cavité du bassin; ce qui n'a généralement lieu qu'après le cinquième mois de la grossesse, et quelquefois plus tard. En attendant ce moment, on favorise la sortie des urines en écartant le corps de la matrice du canal de l'urètre et du col de la vessie, au moyen d'un doigt introduit assez haut derrière et un peu sur le côté de la symphyse du pubis; ou bien on les évacue par le moyen de la sonde, toutes les fois que la circonstance l'exige.

De la rétro-version et de l'anté-version de la matrice.

250. La mobilité que la matrice conserve au milieu du bassin, dans les premiers temps de la grossesse, malgré son augmentation de volume, et l'inclinaison qu'elle prend en s'y précipitant un peu, l'expose à une autre espèce de déplacement,

moins connu (1) et plus rare que le prolapsus, mais dont les suites, jusqu'ici, en ont paru bien plus fâcheuses. Dans cette nouvelle espèce de déplacement, la matrice semble couchée, selon sa longueur, entre le pubis et le sacrum, mais de manière que son fond reste tantôt un peu plus élevé que son orifice, et tantôt se trouve beaucoup plus bas, ou paroît sur la même ligne, ce qui établit autant de degrés utiles à observer dans la pratique.

251. Les Accoucheurs qui ont fait mention de ce déplacement de la matrice, avant le docteur *Guillaume Hunter*, l'ont désigné sous le nom de Renversement; et *Levret*, pour le distinguer de celui qui se fait quelquefois après l'accouchement, et dans lequel la matrice se retourne sur elle-même à la manière d'une bourse, l'appeloit Renversement transversal (2). Les noms de Rétro-version et

---

(1) Quelques Auteurs en ont cependant recueilli des exemples; mais ces faits isolés n'avaient fixé l'attention d'aucun praticien d'une manière spéciale, avant M. *des Granges*, Chirurgien gradué du Collège de Lyon, qui les a rassemblés pour en former un corps de doctrine. Son Mémoire sur la rétro-version et l'anté-version de la matrice, couronné en 1785 par l'Académie de Chirurgie, ne laisse rien à désirer sur ce sujet, et sera sans doute imprimé parmi ceux de cette illustre Académie. On y verra que ce sont les observations du docteur Hunter, qui ont le plus contribué à réveiller notre attention sur ce genre de déplacement; que M. *Wals*, qui procura à ce Médecin anglais l'occasion de l'observer pour la première fois, en avoit puisé la connoissance dans les leçons de *Grégoire*, Chirurgien de Paris, et que ce fut M. *Chopart*, au retour d'un voyage de Londres, qui fit connoître à l'Académie les observations de ces Médecins étrangers.

(2) Voyez Journal de Médecine, tom. XI, pag, 279.

d'Anté-version, sans donner une idée plus exacte de cette espèce de déplacement, ont été employés, depuis l'Accoucheur anglais que nous venons de citer, par tous ceux qui ont communiqué des observations sur ce point, et ce sera sous ces dénominations que nous en parlerons.

252. La rétro-version est le déplacement dans lequel le fond de la matrice s'est tourné vers le sacrum, et l'orifice vers le pubis : l'anté-version, celui où le fond s'est porté derrière le pubis, et l'orifice au-devant du sacrum. L'une et l'autre peuvent être plus ou moins complètes ; mais il semble cependant, d'après la structure et le rapport des parties, autant que d'après l'observation même, que l'anté-version ne peut devenir aussi considérable que la rétro-version : elle est d'ailleurs plus rare et moins fâcheuse.

253. La matrice peut se renverser et se coucher de l'une ou l'autre manière, hors le temps de grossesse, et pendant les trois ou quatre premiers mois de celle-ci. Après ce temps, son volume est généralement tel, qu'un pareil déplacement paroît impossible, la longueur de la matrice surpassant alors, dans la plupart des femmes, la largeur du bassin, prise du pubis au sacrum. Une des observations de Smellie annoncerait cependant que ce renversement peut avoir lieu plus tard, s'il l'a véritablement remarqué chez la femme qui en fait le sujet, puisqu'elle étoit grosse du terme de cinq mois (1).

---

(1) Smellie, trad. franç., tom. II, pag. 150, Observ. II.

254. Ce renversement peut s'opérer lentement, subitement, et les causes déterminantes n'en sont pas alors absolument les mêmes. Dans le premier cas on en observe les progrès de jour en jour, ou de semaine en semaine, et il ne parvient qu'insensiblement à son plus haut degré (1); dans le second, il devient complet en moins d'une heure, et souvent en un seul instant (2).

255. Lorsqu'il se fait lentement, il paroît dépendre de la pression légère, mais continue, des viscères flottans sur le fond de la matrice, et pressant sur sa partie antérieure ou sur sa partie

---

(1) Nous avons fait observer cette marche lente du renversement de la matrice, aux élèves qui suivoient nos leçons vers la fin de l'année 1775 : il ne fut complet qu'après trois ou quatre semaines; et à cette époque seulement la femme se trouva contrainte de se soumettre à la nécessité d'en faire la réduction.

Observation.

(2) La rétro-version de la matrice se fit complètement en un instant chez Madame de ***, le lundi de Pâques 1784; et il y eut, dès ce moment, impossibilité d'évacuer une seule goutte d'urine. Appelé une heure après, je trouvai cette femme dans l'attitude que prend celle qui est à l'instant d'accoucher. Elle se livroit involontairement aux plus grands efforts, et elle y étoit excitée autant par la présence d'un corps qui paroissoit à l'entrée du vagin, dilatée de la largeur d'un petit écu, que par le besoin d'uriner. Ce corps étoit la partie postérieure de la matrice, dont le fond se trouvoit appuyé sur le coccix, et l'orifice très-élevé du côté du pubis. J'en fis la réduction sur-le-champ, et le calme se rétablit. Cette femme, grosse de trois mois, étoit depuis cinq à six semaines dans le cas énoncé aux §. 247 et 248. Elle n'accoucha qu'au terme ordinaire.

postérieure, selon l'espèce d'obliquité qu'elle a prise; de sorte que cette pression donne lieu tantôt à l'anté-version et tantôt à la rétro-version. C'est aussi par le même mécanisme que s'opèrent subitement l'une et l'autre espèces de ce renversement; mais il faut alors une impulsion plus forte, et cette impulsion ne peut être donnée que par l'action des muscles qui forment l'enceinte du bas-ventre, ou par des agens extérieurs. On a vu la matrice se renverser de cette manière à l'occasion des efforts du vomissement, de ceux qu'on exerce pour aller à la garde-robe, même pour uriner; et souvent aussi ce renversement a été déterminé par une chute, un coup, ou une forte compression sur le bas-ventre (1). Quelques-uns des accidens produits par ce déplacement, viennent bientôt ajouter à ses premières causes, et ne le rendent que plus considérable dans la suite, comme nous le remarquerons au §. 261.

---

(1) M. *Chopart*, notre confrère, nous a communiqué un exemple d'anté-version de matrice chez une femme grosse de deux mois, qui ne sembloit avoir eu d'autre cause que les efforts du vomissement. La rétro-version a paru la suite d'une grande frayeur chez l'une des femmes qui font le sujet des observations de Hunter; M. *des Granges* a attribué la première à une forte pression exercée sur le ventre par un chaudron rempli de linge mouillé. Chez la femme dont nous venons de parler dans une des notes précédentes, la rétro-version n'a été déterminée que par des efforts pour uriner pendant qu'on repoussoit, au moyen du doigt, le col de la matrice qui étoit au-dehors, comme on l'avoit fait cent fois depuis cinq à six semaines.

256. La gravité des accidens qui proviennent de la rétro-version ou de l'anté-version de la matrice, dépend bien plus du volume de ce viscère, respectivement à la capacité du bassin, que de l'étendue du déplacement qu'il a éprouvé. Lorsqu'une matrice saine et en parfaite vacuité se renverse dans un bassin de grandeur naturelle, soit que son fond se tourne vers le sacrum ou vers le pubis, la femme n'en ressent qu'une pesanteur incommode sur le fondement, des tiraillemens douloureux dans les aines, le devant des cuisses et les lombes, et une sorte d'épreintes, tant au col de la vessie que du côté du rectum, qui excitent fréquemment le besoin d'uriner ou d'aller à la selle. Ces symptômes s'augmentent et s'aggravent dans la proportion des efforts qu'on fait pour surmonter les obstacles qui nuisent alors à l'évacuation des urines et des matières stercorales. Si le jet des premières s'établit avec peine, il se soutient difficilement, et paroît souvent entrecoupé.

257. Ces accidens sont plus marqués dès l'instant du renversement de la matrice, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'étendue de ce déplacement, quand elle est engorgée et tuméfiée, ou lorsque son volume est augmenté par la grossesse; parce qu'elle agit plus fortement sur les parties circonvoisines, et s'en trouve elle-même plus à la gêne. Si les tiraillemens douloureux dont on vient de parler ne sont pas plus incommodes dans ce dernier cas que dans le premier, la pesanteur sur le fondement et sur le col de la vessie est plus grande, les épreintes vésicales et intestinales sont plus fortes; la difficulté

de rendre les urines et d'aller à la garde-robe est plus considérable; et selon que la matrice est alors plus ou moins volumineuse, relativement à la capacité du bassin, il y a rétention complète ou incomplète d'urine, et constipation absolue.

258. Les accidens parviennent à ce dernier point en très-peu de temps, et il s'y en joint promptement de nouveaux, lorsque la matrice ne se renverse, aussi brusquement et aussi complètement, que dans le cours du troisième au quatrième mois de la grossesse, parce que sa longueur, prise du fond à l'orifice, surpassant alors de quelque chose la distance du pubis au sacrum, elle comprime fortement le col de la vessie, le canal de l'urètre et l'intestin rectum, dès l'instant de son déplacement, et se trouve elle-même comme enclavée d'une manière gênante dans la cavité du bassin. Autant la marche des accidens est rapide dans ce cas, autant elle peut être lente dans celui où le renversement se fait graduellement, et surtout à un terme de grossesse moins avancé. Supposons le complet et avant le deuxième mois.

259. Les accidens se borneront d'abord à ce qui a été exposé au §. 256, parce que la matrice est encore peu volumineuse à ce terme; mais comme elle continue de se développer malgré son déplacement, et que chaque jour elle a besoin d'un plus grand espace, bientôt elle comprime plus fortement le col de la vessie et le rectum, qui s'en trouvent affaissés au point de ne plus permettre ni l'issue des urines, ni la sortie des matières stercorales les plus liquides. Il peut arriver même,

en pareilles circonstances, que la sonde ne puisse plus pénétrer dans la vessie, et qu'il soit également impossible d'administrer des lavemens.

260. La matrice, déjà comme enclavée au milieu du bassin, quand les accidens sont parvenus à ce point, s'y enclave bien plus fortement encore dans la suite, si l'on n'en fait pas promptement la réduction. Continuant de se développer, parce que le produit de la conception qu'elle renferme continue de s'accroître, et ne pouvant le faire selon l'ordre que suit ce développement dans l'état ordinaire de grossesse, elle se moule en quelque sorte à la cavité du bassin, en s'étendant vers les endroits qui lui opposent moins de résistance. Son augmentation de volume dans ce dernier temps, ne dépend plus uniquement du développement du produit de la conception ; il provient aussi de la tuméfaction de sa propre substance, qui s'engorge et s'enflamme ; ce qui amène de nouveaux accidens. Comme l'espace qu'elle occupe alors, qu'elle remplit complètement, et dans lequel elle est comprimée et comme emboîtée, est plus grand que le détroit supérieur, sa réduction en devient très-difficile et même impossible (1).

261. La rétention d'urine et la constipation, que

---

(1) Dans l'une des observations du docteur Hunter, insérées dans les tomes IV et V des *Medicals observ. de Londres*, on remarque que l'on ne put faire la réduction de la matrice, et qu'à l'ouverture du cadavre, on la trouva tellement enclavée de toutes parts dans le bassin, qu'on ne put l'en dégager qu'après avoir coupé la symphyse des pubis, et écarté ces os considérablement.

nous n'avons regardées jusqu'ici que comme les accidens de la rétro-version de la matrice, en deviennent bientôt comme autant de nouvelles causes qui agissent concurremment avec les autres, de manière à la rendre plus considérable encore, et à s'opposer plus fortement à la réduction. La vessie ne peut se développer grandement et s'élever dans la cavité du ventre, qu'elle ne ramène en devant le col de la matrice, qu'elle ne l'entraîne vers le haut du pubis, et qu'elle n'agisse d'ailleurs sur le corps de ce viscère déjà renversé vers le sacrum, au moins avec une force égale au poids des urines qu'elle contient, et qui peut aller au-delà de dix à douze livres en certains cas. Les matières stercorales, retenues et accumulées dans le haut du rectum, au-dessus du point où cet intestin est affaissé par le fond de la matrice, agissent de même, et portent cette partie de plus en plus bas. Ajoutez à cela l'impulsion que ces matières reçoivent à chaque instant de l'action intestinale, et les efforts, souvent involontaires, que la femme exerce, soit pour uriner, soit pour aller à la garde-robe.

262. Ces causes n'agissent pas aussi défavorablement dans le cas d'anté-version, et elles sembleroient plutôt concourir à ramener la matrice dans sa position naturelle, qu'à l'en éloigner davantage, d'après ce qu'on vient de dire au paragraphe précédent.

263. Quoique les accidens énoncés soient autant de symptômes de la rétro-version et de l'anté-version de la matrice, ils ne suffisent cependant pas pour en établir le diagnostic, parce qu'ils sont

communs à d'autres espèces de déplacemens, et qu'il n'en est aucun qui ne puisse dépendre d'une autre cause. Ce n'est que par le toucher qu'on peut reconnoître sûrement ces déplacemens, et juger de l'étendue de l'une et l'autre espèces. Le doigt rencontre, à peu de distance de l'entrée du vagin, un corps assez solide sous forme de tumeur, qui remplit la cavité du bassin; c'est celui de la matrice qui offre au toucher sa surface antérieure ou la postérieure, mais toujours recouverte du vagin, selon qu'elle se trouve dans un état d'anté-version ou de rétro-version. Dans celle-ci, le fond est appuyé contre le sacrum, et l'orifice retiré vers le haut du pubis; dans celle-là, l'orifice est en arrière, vers le sacrum, et c'est le fond qui déprime le col de la vessie. Dans l'un et l'autre cas, si on porte le doigt dans l'anus, à une hauteur plus ou moins grande, on y rencontre une tumeur formée par le fond ou par le col de la matrice, qui déprime l'intestin; et la sonde introduite dans la vessie, lorsqu'elle peut y pénétrer, y fait remarquer la même chose (1).

264. Si la situation du col de la matrice, ou le rapport de l'orifice à tel ou tel point de la surface

---

(1) On a pris quelquefois la tumeur dont il s'agit pour une maladie de l'intestin, et d'autres fois pour une pierre chatonnée, ou pour une tumeur squirrheuse des parois de la vessie. *Levret* ne connut, dit-il, l'espèce de déplacement que nous appelons Anté-version de la matrice, qu'à l'ouverture d'une femme morte à la suite de l'opération de la taille, faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre qu'on croyoit chatonnée. (*Voyez* les remarques de ce célèbre Accoucheur, sur les déplacemens de la matrice : Journal de médecine, tom. XL, pag. 269.)

interne du bassin, détermine l'espèce de déplacement qui a lieu, il ne faut pas toujours juger de l'étendue de ce déplacement par la hauteur de cet orifice, et le plus ou le moins de difficulté qu'on éprouve à y atteindre. Quelquefois il est très-accessible au toucher, quoique le renversement soit aussi grand qu'il puisse le devenir ; ce qui tient à ce que le col de la matrice se recourbe alors à la manière du bec d'une cornue : comme nous l'avons remarqué, soit dans le cas de rétro-version même, soit dans celui d'obliquité. (*Voyez* §. 290.)

265. Le pronostic de la rétro-version et de l'anté-version de la matrice, est plus ou moins fâcheux selon l'étendue de ces déplacemens, leur ancienneté, l'incarcération plus ou moins étroite de la matrice dans la cavité du bassin, et la somme des accidens auxquels cet état a donné lieu. Celui de l'anté-version est en général, et toutes choses égales d'ailleurs, moins grave que celui de la rétro-version.

266. L'indication essentielle dans tous ces cas, est de replacer la matrice dans sa position naturelle, et de la maintenir en cet état. Si l'on rencontre peu d'obstacles à cette réduction lorsque le déplacement est récent et la matrice peu volumineuse encore, il s'en présente de grands, et quelquefois d'insurmontables, quand il existe depuis plusieurs semaines, plusieurs jours même, surtout si la matrice est volumineuse, étroitement enclavée et comme étranglée au milieu du bassin (1).

---

(1) Voyez dans les *Medicals observ. de la Société de Londres*, le fait déjà cité.

Si l'indication consiste essentiellement à replacer la matrice, comme on vient de le dire, les accidens qui proviennent de son renversement en offrent quelquefois de plus pressantes, et exigent des secours qui préparent ou facilitent la réduction, et sans lesquels on ne pourroit en certains cas l'obtenir.

267. On commencera, dans ces sortes de cas, par évacuer les urines, s'il est possible d'y parvenir, soit en insinuant un doigt le long et à côté de la symphyse du pubis, pour écarter convenablement le corps de la matrice du col de la vessie et de l'urètre (1), soit en introduisant une sonde dans la vessie. On évacuera

(1) Ce fut de cette manière que je fis uriner pendant une dizaine de jours, et plusieurs fois chaque jour, dans le cours de mars 1787, une dame étrangère, grosse de trois mois ou environ, dont la matrice étoit brusquement tombée dans un état de rétro-version complète : ne pouvant réduire ce viscère sur-le-champ, à cause des accidens, et espérant y trouver plus de facilité après avoir combattu ceux-ci. Ce ne fut qu'au dixième jour que je me déterminai à vaincre les obstacles, en y employant une force convenable ; ne rencontrant plus alors la même facilité à faire couler les urines, et les difficultés devenant plus grandes chaque fois. Pour ne pas fatiguer la matrice par la pression immédiate des doigts, je commençai par insinuer au-dessous de son fond, un pessaire de gomme élastique fort épais, de l'invention du sieur Bernard, qui servit après la réduction à fixer ce viscère. Cette dame ne porta le pessaire en tout que trois ou quatre jours, et n'accoucha qu'au terme ordinaire, malgré les efforts qu'il avoit fallu faire pour restituer la matrice dans sa position naturelle au troisième mois de la grossesse.

également les matières stercorales, si les lavemens peuvent pénétrer et détremper convenablement celles qui sont desséchées et amoncelées dans le haut du rectum et l'S romaine du colon. On aura recours à la saignée et on la réitérera, lorsque l'état inflammatoire des parties l'exigera; on emploiera les fomentations et les bains, et l'on ne procédera à la réduction de la matrice, qu'après l'avoir préparée de cette manière. Paroissant impossible en quelques cas avant l'emploi de ces moyens, elle s'est faite ensuite aisément, et même comme spontanément (1).

268. La position qu'il convient de donner à la femme, et qui semble la plus avantageuse dans le moment où l'on procède à la réduction de la matrice, est celle dans laquelle les viscères du bas-ventre font le moins d'efforts sur celle-ci. C'est pourquoi on a prescrit de la faire mettre sur les coudes et sur les genoux, de manière que le bassin soit plus élevé que le ventre et la poitrine. Si cette position est bonne en quelques cas, on ne doit pas la regarder comme essentiellement nécessaire dans tous. Mais quelle que soit la position de la femme, il est utile qu'elle ne fasse aucun effort pendant qu'on s'occupe à replacer la matrice.

269. Réduire la matrice dans sa position na-

(1) C'est ainsi qu'a dû se faire la réduction de la matrice, chez la femme dont parle *Smellie*, puisqu'il se contenta d'évacuer les urines, et que cette femme fit une fausse-couche peu d'heures après. Ce n'est pas le seul exemple de cette espèce qu'on puisse citer.

turelle, c'est en relever le fond et en abaisser le col. Pour y parvenir, dans le cas de rétro-version, on recommande d'introduire deux doigts dans l'anus, à dessein de repousser le fond de la matrice au-dessus de l'angle du sacrum, en même temps qu'on en abaisse le col, au moyen de deux doigts de l'autre main, portés dans le vagin (1); ce qui semble difficile à exécuter, et évidemment inutile dans la plupart des cas : on opère également cette réduction en repoussant le fond de la matrice au moyen de plusieurs doigts portés méthodiquement dans le vagin (2). Il est des instans plus favorables les uns que les autres pour obtenir cette réduction, mais ils sont subordonnés à des circonstances qu'on ne peut déterminer; c'est pourquoi on ne se hâtera pas de prononcer qu'elle est impossible, avant d'avoir répété suffisamment les mêmes tentatives.

270. On ne peut rien dire ici des efforts néces-

---

(1) Il paroît, d'après la première observation de *Hunter* et de M. *Wals*, que ce précepte a été donné d'abord par *Grégoire*, Chirurgien de Paris; et beaucoup, depuis ce temps, l'ont mis en pratique ou l'ont essayé.

M. *Dussausoy*, Chirurgien-major du grand Hôtel-Dieu de Lyon, assure n'avoir pu réduire la matrice dans un cas de cette espèce, qu'en portant toute la main dans l'anus, où elle pénétra, dit-il, sans peine. (*Voyez* Journal de Médecine, tom. LXVII, pag. 289, du mois de mai 1786.)

(2) Nous sommes parvenus constamment de cette manière à réduire la matrice; et le pessaire, dans le cas rapporté dans l'une des notes précédentes, nous a été très-utile.

saires pour replacer la matrice; quelquefois il en faut peu, s'ils sont bien dirigés; d'autres fois il en faut de grands. La crainte de provoquer l'avortement dans ces derniers cas ne doit point arrêter le praticien. Indépendamment de ce qu'il n'est pas toujours la suite de pareils efforts (1), c'est que le danger auquel le renversement de la matrice expose la mère et l'enfant, sera bien plus grand et plus certain, si l'on ne replace pas ce viscère à temps (2).

217. La réduction de la matrice est tellement importante à la conservation de la femme, que *Guillaume Hunter*, instruit par l'expérience qu'on ne pouvoit l'opérer en quelques cas, sans avoir diminué préalablement le volume de ce viscère, a recommandé d'évacuer les eaux de l'amnios, toujours abondantes dans les premiers mois de la gestation respectivement à la grosseur du fœtus, au moyen d'une ponction faite du côté du vagin. Cette ponction, qui n'offre rien de dangereux en elle-même, n'a pas encore été pratiquée dans cette vue; parce que le cas pour lequel l'a recommandée l'accoucheur anglais, ne s'est pas présenté une seconde fois dans le cours de sa pratique. Nous n'entrevoyons pas ce qu'on pourroit faire de mieux dans une circonstance aussi déplorable (3) : peut-

---

(1) On pourroit citer plus de vingt-cinq faits à l'appui de cette assertion.

(2) L'observation de *Smellie*, celle de *Hunter*, déjà citées, et beaucoup d'autres, prouvent que cette assertion n'est que trop fondée.

(3) Voyez les observations du docteur *Hunter*, dans les *Medicals observ. de Londres*, tom. IV et V.

être proposera-t-on un jour la section de la symphyse du pubis, comme *Guillaume Hunter* même l'a faite sur le cadavre de l'une des femmes qu'il a vu mourir des suites de la rétro-version de la matrice (1).

272. La réduction de la matrice étant faite, il faut maintenir ce viscère dans sa direction naturelle, ou prévenir le retour de son renversement. Une situation convenable de la part de la femme, l'attention de ne faire aucun effort soit pour uriner, soit pour aller à la selle, ont suffi quelquefois; mais l'application d'un pessaire paroît indispensable dans la plupart des cas.

273. Les accidens qui proviennent directement ou indirectement des déplacemens dont nous venons de parler, ne cessent pas toujours à l'instant de la réduction de la matrice, et présentent souvent, après cette réduction, de nouvelles indications qu'il ne faut pas négliger : nous ne citerons que la rétention d'urine pour exemple. Elle ne dépendoit d'abord que de la compression du col de la vessie; mais après la réduction, elle peut être entretenue par l'inflammation de cette partie, ou par l'inertie du corps de la vessie même, qui suit quelquefois son extrême dilatation. C'est au chirurgien à en rechercher la cause dans ces derniers temps, et à la traiter convenablement.

---

(1) Cette proposition a été faite, en effet, dans un Mémoire présenté à la Société de l'Ecole de Médecine. (*Voyez* Bulletin de l'Ecole de Médecine, page 36, Journal rédigé par MM. Corvisart, Leroux et Boyer, tom. IX.)

SECTION II.

De l'obliquité de la matrice.

274. S'il est extrêmement difficile que l'axe longitudinal de la matrice reste parallèle à celui du bassin, pendant les premiers mois de la grossesse, comme on le remarque au §. 241, il paroît presque impossible qu'il ne s'en détourne pas également, ainsi que de la ligne médiane du corps de la femme, lorsque ce viscère, dans un temps plus avancé de la gestation, s'élève dans la cavité abdominale; parce qu'il est alors plus arrondi et bien plus mobile que dans les premiers temps. Le plus constamment son fond s'incline vers l'un ou l'autre côté, en croisant l'axe du bassin, et celui du corps de la femme : et c'est cette déviation qu'on nomme Obliquité.

275. Les auteurs qui ont parlé de cette obliquité, en ont établi quatre espèces générales : 1.° l'obliquité en avant, 2.° celle en arrière, 3.° celle du côté droit, 4.° celle du côté gauche. Un des plus célèbres d'entre eux (1) en distingue aussi des moyennes, qu'on pourroit en quelque sorte multiplier à l'infini, si on vouloit en admettre d'intermédiaires aux quatre espèces énoncées. L'obliquité latérale droite paroît la plus fréquente; vient ensuite celle en devant, ou l'obliquité antérieure; celle du côté gauche est assez

(1) M. *Levret*, l'Art des Accouchemens, édit. troisième, §. 283 et suiv. *Idem.* §. 638.

rare, et on peut douter de la possibilité de la postérieure, que *Levret* et ses sectateurs n'admettent qu'autant que les vertèbres des lombes sont arquées à contre-sens de l'état naturel (1), c'est-à-dire que leur ensemble décrit un enfoncement en devant, au lieu de cette convexité qui nous a paru jusqu'ici d'autant plus grande que la femme étoit plus contrefaite. Aucun exemple encore ne nous a présenté la réalité d'un pareil vice de conformation ; et nous ne voyons dans les signes de l'obliquité postérieure de la matrice, décrits par quelques auteurs, que les signes d'une matrice « située verticalement au plan incliné de l'ouverture d'un bassin bien fait, » pour nous servir des mêmes expressions que *Levret* (2), et surtout dans la direction où il la représente, quand la femme est couchée sur le dos.

276. La déviation de la matrice étoit connue long-temps avant *Deventer*, quoiqu'on lui en attribue généralement la découverte, et qu'on regarde cette découverte, d'après lui, comme celle qui a opéré la plus heureuse révolution dans l'Art des accouchemens. *De Graaf*, *Bartholin*, *Amand*, *Mauriceau* et beaucoup d'autres, en fournissent des exemples. Si ces auteurs se sont moins expliqués sur cet objet que *Deventer*, aucun d'eux également n'en a déduit d'aussi fausses conséquences.

Opinions des auteurs sur la cause de l'obliquité de la matrice.

277. L'on a cru d'abord que l'obliquité de la matrice étoit l'effet de sa mauvaise conformation,

(1) L'Art des Accouchemens, §. 635.

(2) L'Art des Accouchemens, §. 294 ; l'explication de la planche II, fig. 7.

du relâchement de quelques-uns de ses ligamens et de la contraction des autres, de certaines tumeurs des parties voisines, et de l'habitude où sont beaucoup de femmes, de ne se coucher que sur un côté; mais depuis *Levret*, surtout, la plupart des auteurs l'attribuent à l'attache du placenta, dans une autre partie que le fond de la matrice. La cause la plus ordinaire de la déviation de la matrice, dit ce célèbre accoucheur, dépend de la partie de cet organe où est implanté le placenta; car s'il n'est point fixé au fond, ou sur l'orifice, il entraîne toujours ce viscère vers le côté de son attache. La cause la moins rare, après celle-ci, continue-t-il, est la mauvaise conformation primordiale ou accidentelle de la matrice, de quelques-unes de ses parties, ou même de celles qui l'avoisinent (1).

278. On conçoit assez bien comment une masse telle que le placenta, attachée tout-à-coup un peu au-dessous du fond de la matrice et du côté droit, par exemple, pourroit l'entraîner de ce côté; mais l'on ne voit pas aussi clairement comment cette masse détermineroit la même espèce d'obliquité, quand elle s'est greffée sur le col de ce viscère, ou sur le côté gauche. Dans le premier cas, selon *Levret*, le fond de la matrice se porte du côté de l'attache du placenta, en suivant les lois de la gravité des corps; et il s'y porte d'autant plus, que cette masse est plus voisine de l'orifice (2), ce

---

(1) L'Art des Accouchemens, édit. troisième, §. 633 et 634.

(2) L'Art des Accouch., édit. troisième, §. 282. Obser-

qui est assez difficile à comprendre. Comme ce n'est plus selon les mêmes lois que s'opère l'obliquité du côté opposé au placenta, proviendroit-elle de ce que la région de la matrice à laquelle il est fixé, ne pouvant se développer autant que les autres, comme le prétend le même auteur, détermine ce viscère à prendre une figure et une situation contre nature (1)? En le lisant attentivement, on voit que c'est en effet ce défaut de développement qui oblige la matrice à se dévier du côté opposé au placenta; on est frappé du contraste que présentent ses observations, avec ce que nous offre la pratique journalière, et combien *Levret* a été embarrassé pour faire cadrer les faits avec son système.

Cause de l'obliquité de la matrice.

279. L'obliquité de la matrice paroît une suite nécessaire de sa mobilité, de la rondeur qu'elle acquiert en se développant, de la forme et de la situation des parties qui l'entourent, de leur mobilité et des changemens que leurs fonctions y déterminent à chaque instant : mais quelle est la cause qui l'oblige à se dévier plutôt d'un côté que de l'autre, et le plus fréquemment vers le même point?

280. Si l'obliquité étoit due à l'implantation du placenta ailleurs qu'au centre du fond de la matrice, elle auroit lieu constamment du côté où seroit cette masse, et souvent on la trouve du côté

---

vations sur les causes de plusieurs accouchemens laborieux, édit. quatrième, part. II, pag. 110 et suiv.

(1) Observations sur la cause des accouchemens laborieux, part. I, pag. 120.

opposé : *Levret* lui-même en fournit la preuve. On voit dans l'observation qu'il rapporte d'après *Buzan*, que la matrice étoit très-inclinée du côté droit, quoique le placenta fût attaché au côté gauche et fort près de l'orifice. La matrice est presque toujours inclinée sur le côté droit, et le placenta ne s'attache pas plus souvent à sa partie latérale droite que dans les autres régions de sa surface. Il étoit implanté sur la partie postérieure dans le cas de la plus grande obliquité antérieure qu'une pratique étendue nous eût offert jusqu'ici, et ce n'est pas la seule observation de cette espèce que nous puissions rapporter. Vingt fois et plus, nous avons trouvé le fond de ce viscère singulièrement incliné sur le côté droit, quoique le placenta fût attaché au côté gauche; et son obliquité n'étoit pas moins évidente dans quelques-uns des cas où cette masse recouvroit en quelque sorte, centre pour centre, son orifice. Il résulte de ces observations, que tous les praticiens judicieux et éclairés peuvent confirmer journellement, que l'obliquité de la matrice ne tient pas essentiellement aux rapports du placenta avec cet organe.

281. Il seroit aussi aisé de prouver que cette masse ne s'oppose en aucun cas au développement de la portion de la matrice à laquelle elle est liée, et ne force pas ainsi ce viscère à prendre une forme oblique, comme l'annonce *Levret;* ni même une autre forme que celle qu'il acquerroit en se développant, si le placenta avoit jeté ses racines au milieu du fond. Tous les auteurs conviennent que le lieu où est implanté l'arrière-faix, offre plus d'épaisseur que les autres endroits; mais ils ajou-

tent que la matrice est plus souple dans ce même lieu, plus spongieuse et plus humide, et *Levret* étoit dans la même opinion, car il est dit, §. 279 : « Lorsque le placenta s'attache au fond de la ma- » trice, cette partie de l'utérus conserve beaucoup » d'épaisseur, malgré sa prodigieuse extension, » à la fin de la grossesse ».

282. On ne peut méconnoître dans la direction de l'axe du bassin, la cause qui déjette en devant le fond de la matrice, et qui détermine l'obliquité antérieure. Il seroit bien plus difficile d'expliquer pourquoi cette obliquité n'existe pas constamment, si l'on connoissoit moins la résistance naturelle des enveloppes du bas-ventre, par lesquelles la matrice est toujours soutenue immédiatement après les premiers temps de la grossesse. L'inclinaison du détroit supérieur, dans un bassin bien conformé, étant si grande qu'on a cru devoir l'évaluer de trente-cinq à quarante degrés, et son axe étant incliné au même point, quoique dans un sens contraire, la matrice ne peut s'élever à travers ce détroit qu'en se portant en devant, et en s'appuyant contre les enveloppes du bas-ventre, qui la soutiennent d'autant moins qu'elles ont été plus affoiblies par les grossesses antécédentes, ou qu'elles sont naturellement plus lâches. Aussi remarque-t-on que l'obliquité antérieure de la matrice, toujours peu apparente dans une première grossesse, devient plus grande dans une seconde, quel que soit le lieu de l'adhésion du placenta, et augmente ainsi toutes les fois que la femme redevient enceinte, de manière que le ventre tombe sur les cuisses, en forme de besace, chez quelques-unes

de celles qui ont eu beaucoup d'enfans; descend même jusqu'au niveau des genoux chez celles qui sont très-petites, et a besoin d'être soutenue par une espèce de suspensoir (1).

283. Il paroîtra peut-être plus difficile d'assigner la véritable cause des obliquités latérales. Nous pensons qu'elles sont déterminées par le rapport de la matrice avec l'intestin rectum et l'S romaine du colon, par la convexité antérieure de la colonne lombaire, et la situation que prennent les intestins grêles relativement à la matrice même qui les soulève, à mesure qu'elle s'avance dans la cavité abdominale.

284. Le rapport de la matrice développée et arrondie dans son corps, vers l'époque du deuxième au troisième mois de la grossesse, avec l'intestin rectum qui forme le long du sacrum une sorte de colonne un peu tortueuse, est tel que ces deux parties ne sauroient se toucher que par des surfaces convexes, et conséquemment par très-peu de points, comme le feroient deux espèces de boules. En accordant alors à la matrice une partie de la mobilité dont elle jouit encore au milieu du bassin,

---

(1) Nous avons observé une dixaine de fois ce degré d'obliquité antérieure, sans que l'accouchement en eût été plus difficile. Chez une femme contrefaite, et à laquelle on avoit fait l'opération césarienne, nous avons remarqué dans deux grossesses subséquentes, que le fond de la matrice, dès le septième mois, descendoit à un pouce du niveau des genoux. Le dessin que nous avons fait faire de cette femme, formeroit ici un tableau intéressant.

on est forcé de convenir que le centre de sa convexité postérieure ne peut rester constamment appuyé snr la convexité antérieure du rectum, qui lui présente de chaque côté des plans d'autant plus inclinés, qu'il est lui-même plus dilaté par les matières stercorales. Ce point saillant de la partie postérieure de la matrice, doit donc s'en détourner et se porter sur l'un des côtés de cet intestin ; ce qui ne peut avoir lieu que le milieu du fond ne se détourne de l'axe du bassin et ne s'incline vers l'une des parties latérales. Si l'intestin rectum descendoit en droite ligne et occupoit le milieu du sacrum dans toute sa longueur, l'espace étant égal de chaque côté, la matrice s'inclinerait peut-être indistinctement, et l'on ne verroit pas plus souvent l'obliquité latérale droite que l'obliquité latérale gauche, mais étant placé supérieurement vers le côté gauche de la base de cet os, et laissant dans son trajet la courbure de celui-ci moins à découvert de ce côté que du côté droit, la convexité postérieure de la matrice se dirige presque toujours vers ce dernier, et son fond s'y incline préférablement. Ce premier degré d'obliquité, qui tient uniquement au rapport de la forme du corps de la matrice avec celle de l'intestin rectum, pendant son séjour dans le petit bassin, se découvre aisément au toucher, chez la plupart des femmes, dès le deuxième et le troisième mois de la grossesse, l'orifice de la matrice étant dès-lors légèrement tourné vers le côté gauche du vagin : ce qui se voit bien plus manifestement encore du troisième au quatrième mois.

285. L'accumulation des matières stercorales

dans l'intestin rectum et l'extrémité de l'S romaine du colon, et la direction du trajet qu'elles parcourent pour sortir, sont donc les premières causes, et peut-être les seules déterminantes, de l'obliquité latérale droite de la matrice : puisque ces matières pressent ce viscère de gauche à droite, et avec d'autant plus de force que celle qui opère leur expulsion est elle-même plus grande. On pourroit assurer même qu'elles impriment à la matrice en la déviant ainsi, un léger mouvement de rotation, qui tendroit à porter sa partie latérale gauche vers le devant du bassin. (*Voy*. §. 292.) *Roederer* avoit à peu près la même opinion que nous, sur la cause déterminante de l'obliquité de la matrice, puisqu'il l'attribuoit en partie à la pression que souffre ce viscère de la part des matières contenues dans l'intestin rectum, et dans la partie gauche du colon (1). *Solayrès* en a clairement expliqué le mécanisme (2).

286. Ces causes agissant presque toujours de la même manière, et ne pouvant agir autrement, à moins qu'il n'y ait un vice de position, une transposition de l'S romaine du colon et de l'extrémité supérieure du rectum, l'on ne doit pas être surpris de ce que le fond de la matrice s'incline si souvent du côté droit, et si rarement du côté gauche. Tout observateur un peu attentif remarquera en effet, que l'obliquité latérale droite est si fréquente, et l'obliquité latérale gauche si rare,

---

(1) *Roederer*, Elém. art. obs., §. 450.

(2) *Solayrès ; Dissert. de partu, viribus maternis absoluto*. §. II. *De utero obliquo*.... A Paris, chez *d'Houry*.

qu'on seroit peut-être loin d'en établir le rapport, en disant que la dernière se voit à peine une fois sur cinquante. L'obliquité latérale gauche ne pouvant dépendre de ces premières causes, ni de l'implantation du placenta sur ce côté de la matrice, quelles seront donc celles qui y donneront lieu? On ne peut l'attribuer qu'au concours de quelques-unes des causes accessoires dont il est fait mention ci-dessous.

287. Le fond de la matrice, déjà légèrement incliné dans le bassin, comme on le remarque au §. 284, ne peut s'élever par la suite dans la cavité abdominale, qu'en y parcourant un trajet oblique; de sorte que les intestins grêles sont obligés de s'en écarter et de se porter du côté gauche, vers lequel, d'après la disposition même du mésentère, ils semblent avoir une pente plus naturelle.

Causes accessoires de l'obliquité de la matrice.

288. La convexité de la colonne lombaire favorise beaucoup l'obliquité latérale dont il s'agit, et pourroit même la déterminer, abstraction faite de toute autre cause, si elle n'existoit déjà légèrement avant que la matrice ne se soit élevée au-dessus du détroit supérieur: car en s'arrondissant de plus en plus, sans perdre de sa mobilité, à mesure que la grossesse augmente, ce viscère ne peut rester appuyé sur cette colonne qui lui offre de chaque côté des espaces bien plus convenables à sa figure. En supposant donc que la matrice se soit élevée au-dessus du détroit supérieur jusqu'au cinquième mois de la grossesse, sans que son axe se détournât de celui de ce détroit, elle seroit encore forcée de changer de direction et de s'incliner vers l'un des côtés; parce que la plus grande con-

vexité de sa partie postérieure qui répondroit alors à celle de la seconde et de la troisième vertèbres lombaires, ne sauroit rester sur ce point. C'est de cette manière que doit arriver l'obliquité latérale gauche, quand une autre cause ne la détermine pas accidentellement avant ce moment. Cette explication est si claire, et équivaut tellement à une démonstration, qu'il paroîtroit étonnant que quelqu'un se refusât encore à reconnoître la convexité de la colonne lombaire pour une des causes des obliquités latérales, et même de l'obliquité antérieure.

289. L'attache du placenta, sur un des côtés de la matrice, l'habitude de se coucher constamment sur le même côté, comme le font beaucoup de femmes, ne sont que des causes accessoires à celles que nous venons d'exposer, et indépendamment desquelles l'obliquité latérale peut avoir lieu; puisqu'on l'a souvent remarquée du côté opposé à celui vers lequel ces mêmes causes auroient dû la déterminer.

Signes de l'obliquité de la matrice.

290. Ce n'est qu'en examinant et en palpant le ventre de la femme, qu'on peut reconnoître sûrement l'espèce d'obliquité qui existe, et juger de son étendue, quoiqu'elle soit quelquefois apparente à la vue. La déviation du col de ce viscère, d'après laquelle les auteurs semblent prononcer, peut induire en erreur : l'orifice de la matrice n'étant pas toujours tourné vers le point du bassin qui est opposé à celui au-dessus duquel le fond s'est incliné. Bien plus, on peut assurer, d'après l'expérience, que la déviation de l'orifice n'est pas constamment un signe de l'obliquité

de l'organe, et qu'elle peut être indépendante de celle-ci : comme nous l'avons remarqué à l'occasion de certaines brides, de certaines cicatrices, ou d'autres vices accidentels des parois du vagin. Plusieurs fois, nous avons trouvé cet orifice exactement appliqué contre les os pubis, chez des femmes dont la matrice étoit tellement inclinée en devant, que le ventre, en forme de besace, avoit besoin d'être soutenu par une espèce de suspensoir; d'autres fois ce même orifice regardoit le côté droit du bassin, quoique l'obliquité latérale droite fût très-grande, de sorte qu'en bien des cas, le col de la matrice se trouve réellement recourbé à la manière de celui d'une cornue, comme *Levret* et autres l'avoient annoncé avant nous.

291. L'observation prouve d'ailleurs qu'on peut changer à la volonté la situation du fond de la matrice, en faisant prendre à la femme telle ou telle position, sans changer celle du col qui reste constamment appuyé contre le même point du bassin, si on ne l'entraîne pas d'un autre côté, au moyen du doigt introduit dans l'orifice.

292. En déplaçant la matrice, comme il vient d'être dit, on lui fait subir une légère torsion, vers l'union de son col avec le vagin; parce que son fond ne peut se porter d'un côté à l'autre du ventre, sans qu'elle ne roule en quelque sorte sur son axe, et sur le devant de la colonne lombaire. C'est cette même torsion, peu remarquable au toucher, que des Accoucheurs ont prise pour l'indice des obliquités moyennes entre les latérales et l'antérieure; mais ils se sont

fait illusion. Elle n'est point un signe plus certain de l'implantation de l'arrière-faix, entre l'origine d'une trompe et le milieu de la partie antérieure de la matrice, comme le prétendoit *Levret* (1).

Effets de l'obliquité de la matrice.

293. L'obliquité de la matrice est en général bien moins fâcheuse qu'on le dit communément. Ce seroit en quelque sorte à la honte de l'art, qu'on la regarderoit aujourd'hui comme la cause la plus ordinaire des accouchemens difficiles et contre nature, ainsi que le faisoit *Deventer*. Ces accouchemens sont extrêmement rares, et l'obliquité de la matrice est si fréquente, qu'il n'existe peut-être pas une seule femme sur cent où elle ne soit très-remarquable. Quand elle n'est que légère, et même un peu plus, loin de nuire à l'accouchement, elle

(1) Ce n'est pas seulement dans le cas où l'on déplace le fond de la matrice de cette manière, qu'elle semble rouler sur son axe en passant au-devant de la colonne lombaire : si elle n'exécute pas le même mouvement de rotation toutes les fois qu'elle s'incline d'un côté, quelle qu'en soit la cause, elle le fait au moins en quelques circonstances. L'incision à la ligne blanche, dans l'une des opérations césariennes que nous avons faites, laissoit entrevoir sous son angle supérieur, l'insertion de la trompe gauche et du ligament rond : la matrice avoit donc roulé sur son axe. C'est d'après ce même mouvement que l'incision de la matrice, en d'autres cas, où l'on avoit ouvert le ventre latéralement, s'est trouvée prolongée sur la partie postérieure de ce viscère, en passant au-dessus et près l'insertion de la trompe. Cette observation peut devenir d'une grande utilité; et elle trouvera plus d'une fois son application dans ce que nous dirons du manuel des accouchemens difficiles.

semble le favoriser : ce que nous expliquerons en parlant du mécanisme de cette fonction. Ce n'est qu'autant qu'elle est très-grande, qu'elle peut lui devenir contraire : mais il est toujours si facile de la corriger et d'en prévenir les suites, quand on est appelé de bonne heure auprès de la femme, qu'on pourroit, avec une sorte de raison, attribuer ces suites autant à l'ignorance de l'Accoucheur qu'à l'obliquité même. Si les effets en ont été dangereux pour quelques femmes et quelques enfans, c'est qu'on a manqué de lumières pour les prévenir, ou que l'homme instruit a été appelé trop tard pour les réparer. Quand ces vérités seront plus généralement connues, on conviendra qu'il seroit dangereux de suivre à la lettre tous les préceptes qui ont été donnés par *Deventer* et beaucoup d'autres, à l'occasion de l'obliquité de la matrice.

294. Il y a peu d'Accoucheurs qui n'aient observé souvent que la plus grande obliquité ne trouble pas constamment le mécanisme de l'accouchement, et ne rend pas toujours cette fonction plus pénible. Nous avons assisté beaucoup de femmes qui n'ont eu que quelques douleurs pour se délivrer, quoique la matrice fût tellement inclinée en devant, que le ventre, en forme de besace, tomboit presque jusqu'aux genoux, lorsqu'elles étoient debout ; d'autres qui ont eu un travail plus long, mais qui se sont également délivrées très-heureusement : la même observation a été faite à l'occasion des obliquités latérales. La souplesse de l'enfant, la facilité qu'il a de se courber dans tous les sens, et de s'accommoder en même temps à la

direction d'une matrice très-inclinée et à celle du bassin, suffiroient pour expliquer ces vérités, si des milliers de faits ne les mettoient dans la plus grande évidence.

295. S'il n'est plus permis de croire, avec *Deventer,* que l'obliquité de la matrice soit la cause la plus ordinaire des accouchemens difficiles, que la tête de l'enfant va heurter et se briser contre un des points de la marge du bassin, ou s'enclaver dans la courbure que décrit le sacrum, selon que cette obliquité a lieu dans un sens ou dans un autre; si l'on ne peut admettre tout ce que *Levret* et tant d'autres après lui en ont pensé, il faut convenir néanmoins qu'elle mérite quelquefois la plus grande attention, et qu'en plusieurs cas les suites en seroient fâcheuses si l'on ne s'en occupoit à temps. Voici quelques-uns de ses principaux effets.

296. On peut la regarder, avec *Roederer,* comme l'une des causes des douleurs incommodes que les femmes éprouvent dans les derniers temps de la grossesse, tant vers les lombes et les aines, que sur le devant des cuisses; quoique ces douleurs, ainsi que beaucoup d'autres, puissent avoir lieu indépendamment de cette cause.

297. Dans les grandes obliquités, le col de la matrice, qui est appuyé pour l'ordinaire contre un point des parois du bassin, s'ouvre beaucoup plus difficilement que s'il répondoit au centre de cette cavité; ce qui rend l'accouchement plus long et plus douloureux; parce que les forces qui tendent à l'ouvrir sont alors dirigées de manière qu'elles se perdent en partie sur ce même point du bassin.

298. Dans ce cas, si les membranes se rompent de bonne heure, si l'action des puissances auxiliaires de la matrice est assez forte et le bassin assez grand, la tête de l'enfant vient se présenter à la vulve, étant recouverte de la paroi antérieure et inférieure de la matrice, qu'elle a forcé de s'étendre et de descendre au-devant d'elle; pendant que l'orifice se porte de plus en plus en arrière et se retire vers la base du sacrum; ce qui peut avoir des suites extrêmement fâcheuses, si l'Accoucheur ne sait pas les prévenir, en réprimant les efforts qui dépendent de la volonté de la femme, en repoussant un peu la tête de l'enfant dans l'intervalle des douleurs, en ramenant et en maintenant au-dessous d'elle et vers le centre du bassin, l'orifice de la matrice. Les deux observations suivantes nous paroissent très-propres à faire connoître ces suites fâcheuses de l'obliquité de la matrice, et les bons effets de la conduite que nous venons de prescrire : l'une de ces observations est extraite d'un Mémoire sur l'obliquité de la matrice, qui a été communiqué à l'Académie de Chirurgie par M. *Bavaï*, alors Chirurgien-Accoucheur dans les états de Brabant (1); l'autre nous est particulière.

Observ. Ire. Une femme du village de Grimberg, près Bruxelles, grosse de son premier enfant, ne pouvant avoir M. *Bavaï*, dès le commencement de son travail, eut recours à une sage-femme qui

---

(1) Ce Mémoire n'est en quelque sorte qu'une critique injurieuse de ce que contenoit la première édition de notre ouvrage sur l'obliquité de la matrice.

la tint debout et lui fit pousser ses douleurs pendant trois jours et deux nuits, de sorte que la tête de l'enfant paraissoit au passage, enveloppée de la paroi antérieure de la matrice, lorsque ce Chirurgien fut appelé de nouveau. Cette portion de la matrice, qui servoit comme de coiffe à l'enfant, étoit, dit-il, enflammée, et l'orifice, qu'il ne put découvrir qu'avec beaucoup de peine, répondoit à la partie supérieure du sacrum, n'étant ouvert que de la largeur d'une pièce de douze sous de France; les eaux étoient écoulées depuis quelques jours. M. *Bavaï* eut recours d'abord à la saignée, aux lavemens et aux fomentations émollientes. Pouvant à peine soutenir la tête de l'enfant et empêcher qu'elle ne franchisse la vulve, enveloppée de la portion de matrice qui la recouvroit, il imagina de faire coucher la femme de manière que les fesses fussent plus élevées que les épaules; et malgré cela, continue-t-il, la gangrène survint, et la malade expira. A l'ouverture du cadavre, ils observèrent, M. *Le Botte* (1) et M. *Bavaï*, que le placenta étoit attaché à la partie moyenne et inférieure de la paroi antérieure de la matrice; que le bassin étoit bien conformé et très-spacieux; que l'orifice de la matrice répondoit à la nuque de l'enfant, la tête étant sortie enveloppée d'une portion de ce viscère, qui étoit gangrenée et séparée du reste. Cette observation, dans laquelle nous avons en quelque sorte conservé les expressions de l'Auteur, présente d'une manière alarmante et claire, les tristes effets de l'obliquité de la matrice,

(1) Chirurgien juré de l'abbaye de Grimberg.

lorsqu'on abandonne la femme à elle-même, ou qu'elle se livre aux soins de l'aveugle et téméraire ignorance. La suivante démontre au contraire ce qu'on doit attendre des lumières de l'art, lorsqu'elles sont bien dirigées. Nous la choisissons parmi plusieurs qui nous sont particulières, parce qu'il est impossible qu'aucune autre ait plus de rapport avec celle de M. *Bavaï*.

*Observ. II.*e Une femme aussi robuste que bien conformée, et qui avoit eu déjà plusieurs enfans, se présenta vers la fin de 1773, pour accoucher en présence de mes élèves, et leur procura, par son indocilité, l'occasion de bien observer tout ce que nous venons d'annoncer sur les effets de l'obliquité de la matrice, et de l'application des préceptes de l'art. La matrice, chez cette femme, étoit manifestement inclinée du côté droit et en devant, au point que son orifice tourné en arrière, se découvroit difficilement au toucher. Les eaux s'évacuoient et les douleurs se répétoient avec autant de force que de fréquence : l'enfant se présentoit bien. Rien ne pouvant convaincre cette femme de la nécessité de rester couchée horizontalement, et de supporter la présence du doigt, elle demeura tantôt assise, et tantôt debout, se livrant inconsidérément aux efforts qu'elle pouvoit faire, toutes les fois qu'elle ressentoit des douleurs. La tête de l'enfant, après un travail de douze à quinze heures, vint occuper le fond du bassin, et y parut recouverte de la partie antérieure et inférieure de la matrice, au point qu'on l'entrevoyoit ainsi, en écartant les grandes lèvres et en élargissant un peu l'entrée du vagin. Le doigt parcouroit toute la

portion de sphère qui se présentoit de cette manière, sans trouver l'orifice, alors plus déjeté en arrière, et tellement élevé qu'il falloit insinuer le doigt presque à la hauteur de la base du sacrum, pour en toucher le bord antérieur. La portion de la matrice, poussée en avant et formant au-dessous de la tête de l'enfant une espèce de coiffe qui la recouvroit, devint encore plus apparente à la vue, dans la suite du travail; elle étoit lisse, luisante, tendue, merveilleusement injectée, couverte d'un lacis admirable de vaisseaux, et d'une si grande sensibilité, que la femme ne pouvoit plus supporter le plus léger attouchement : tout le bas-ventre parut bientôt menacé de la même inflammation, et tellement douloureux que les vêtemens devenoient incommodes. La fièvre s'allumoit, et les idées commençoient à s'aliéner, malgré quelques saignées, lorsqu'un incident heureux rendit la femme assez docile pour écouter les sages conseils qu'elle rejetoit depuis environ quarante-huit heures, et permettre qu'on fît ce qu'on vouloit tenter dès le commencement. Intimidée par la présence inopinée de deux hommes de loi revêtus de leur robe, elle se mit au lit; je relevai le ventre, d'une main, pour diminuer l'obliquité de la matrice, tandis que de deux doigts de l'autre, après avoir refoulé la tête de l'enfant un tant soit peu, je fus accrocher le bord antérieur de l'orifice, pour le ramener vers le centre du bassin, où je le tins pendant quelques douleurs; et permettant alors à la femme de faire valoir le peu de forces qu'elle conservoit, elle se délivra dans l'espace d'un quart d'heure. Son enfant étoit bien portant,

et les suites des couches furent des plus simples. Si cette observation ne suffisoit pas pour confirmer ce que nous avons avancé plus haut, nous pourrions l'étayer de plusieurs autres.

299. La tête du fœtus ainsi recouverte d'une portion du col de la matrice, s'engage beaucoup moins chez les femmes dont le bassin est un peu resserré que chez celles qui l'ont très-grand ; mais dans toutes, comme les efforts qui tendent à pousser cette tête en avant, agissent perpendiculairement sur la portion de matrice qui la recouvre, cette portion se distend, s'enflamme et se déchire, si l'on ne prévient ces effets en corrigeant l'obliquité, en ramenant l'orifice au centre du bassin, et en l'y maintenant, jusqu'à ce que la tête y soit engagée, comme nous l'avons fait dans le cas de l'observation précédente.

300. Pour prévenir les effets de l'obliquité de la matrice, on fera donc coucher la femme sur le côté opposé à la déviation, afin que ce viscère, chargé du poids de l'enfant, puisse s'y porter; quelquefois il faut encore aider en appuyant d'une main convenablement sur le ventre. Dans les grandes obliquités antérieures, il faut recommander à la femme de ne pas pousser fortement en bas, parce que ces efforts deviendroient contraires à la fin qu'on se propose, et ne feroient qu'augmenter l'obliquité. Si l'orifice, au moyen de ces précautions, ne se rapproche pas du centre du bassin, après un délai convenable, il faut le ramener avec le doigt, pendant l'intervalle des douleurs, et le retenir ainsi jusqu'à ce qu'il soit assez ouvert pour permettre à la poche des eaux de s'y engager en

manière de coin. En bien des cas, comme la longueur du travail de l'accouchement ne provient que de cette déviation de l'orifice de la matrice, et de ce qu'il ne se trouve pas dans le rapport favorable avec le bassin, le moyen le plus sûr d'accélérer l'accouchement et d'épargner à la femme une foule de douleurs inutiles et fatigantes, consiste à établir ce rapport de la manière que nous venons de recommander. Il ne peut résulter de ce procédé ni déchirure, ni inflammation au col de la matrice, ni perte de sang, etc.; comme quelques personnes peu instruites ont voulu le faire croire.

301. Les effets dont nous venons de parler ne sont pas les seuls qui puissent résulter de l'obliquité de la matrice. L'axe longitudinal de l'enfant, toujours parallèle au plus grand de ce viscère, ne peut l'être en même temps avec celui du bassin, dans le cas des grandes obliquités; ce qui offre un autre genre d'obstacles à l'accouchement. Dans l'extrême obliquité en devant, par exemple, assez souvent c'est un des côtés de la tête qui se présente au détroit supérieur; l'oreille étant appuyée au-dessus du pubis, et la suture sagittale dirigée selon la longueur de la base du sacrum. Dans les grandes obliquités latérales, tantôt c'est le front, et tantôt la face ou la nuque qui se présente, comme on le verra dans la partie de cet ouvrage qui traite spécialement des accouchemens contre nature. L'on y fera mention aussi, de même que dans la quatrième partie, de plusieurs autres accidens qui proviennent encore de l'obliquité de la matrice, et qu'on n'a pu faire connoître dans cet article :

mais partout on verra que ces effets sont faciles à corriger, et que l'homme instruit n'y trouve de difficultés que lorsqu'on a perdu beaucoup de temps avant de l'appeler.

CHAPITRE III.

Des Règles, de la Fécondité et de la Stérilité; des Signes du Viol, et de ceux d'après lesquels on juge commmunément qu'une femme est accouchée.

Section première.

Des Règles.

Des Règles.

302. La matrice avant l'âge de puberté ne reçoit que le sang nécessaire à sa nutrition et à son accroissement; mais depuis cette époque jusqu'à l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, elle éprouve périodiquement une pléthore sanguine qui est suivie d'un dégorgement plus ou moins abondant, qu'on désigne communément sous le nom de *Règles.*

Des évacuations périodiques qui ont souvent suppléé aux règles chez les femmes en santé.

303. Presque toutes les femmes sont sujettes à cette évacuation, dont le dérangement ou la suppression, hors le temps de la grossesse et celui de l'allaitement, ne manque guère d'altérer leur santé. S'il s'en rencontre quelques-unes qui ne soient pas réglées, il en est peu qui n'éprouvent périodiquement une évacuation quelconque, qui tienne en quelque sorte lieu de la première. Chez les unes, il se fait un écoulement de sang par le nez; chez les autres, par les points lacrymaux, par les oreilles, par les mamelles, etc. Nous en avons connu une de quarante-cinq à quarante-huit ans, qui, depuis

l'âge de quinze, éprouvoit périodiquement, chaque mois, un dévoiement dont la durée étoit de trois ou quatre jours; elle n'a jamais été réglée, ni donné des preuves de fécondité.

Temps de la première et de la dernière apparition des règles.

304. La première et la dernière apparitions des règles se font plus tôt ou plus tard, selon la constitution du sujet, sa manière de vivre; le pays qu'il habite, et une infinité d'autres circonstances. Dans le climat tempéré où nous vivons, cette évacuation s'annonce vers la douzième ou la quatorzième année, et cesse entre la quarante-cinquième et la cinquantième.

305. Il n'est cependant pas absolument rare de rencontrer des femmes qui ont été réglées plus tôt, ou qui ont cessé de l'être plus tard. Chez quelques-unes, les règles paroissent, pour ainsi dire, dès l'enfance (1), et chez d'autres, elles continuent jusque dans une extrême vieillesse.

Durée de chaque évacuation périodique.

306. Dans une femme bien constituée, la durée de cette évacuation et de ses périodes est presque invariable; mais on y remarque des différences dans chaque individu. Chez quelques femmes, le sang coule pendant six ou huit jours, et chez d'autres, durant trois ou quatre seulement, et même moins. Pareillement, un certain nombre de femmes sont réglées tous les vingt-sept à trente jours; d'autres le sont deux fois le mois, et plusieurs enfin toutes les six semaines ou deux mois, et même plus rarement encore. Il en est bien peu,

---

(1) On a vu à Paris, en 1783, une petite fille de l'âge de sept à huit ans, qui avoit en quelque sorte été réglée dès sa quatrième année. *Voyez* la note du §. 346.

s'il en existe, qui n'éprouvent cette évacuation que pendant la grossesse, comme celle dont parle *Deventer* (1).

De la quantité du sang des règles.

307. Il est impossible de savoir au juste la quantité de sang que les femmes perdent chaque mois, parce qu'elle n'est pas la même chez toutes, et que d'ailleurs, un grand nombre de causes peuvent la faire varier : on l'estime, en général, de trois à quatre onces.

De sa qualité.

308. Comme il est plus aisé de juger de la nature de ce sang, l'on peut assurer qu'il n'a aucune des qualités malfaisantes que quelques-uns lui ont attribuées. S'il ne paroît pas toujours aussi pur que celui qu'on tireroit d'une autre partie du corps, c'est parce qu'il se mêle aux humeurs du vagin, qu'il se corrompt en séjournant dans ce canal, ou dans les linges dont les femmes se garnissent.

309. Les règles ne s'annoncent pas toujours en rouge, quelquefois elles commencent par un flux séreux, et finissent de même. Souvent aussi chez les filles, elles sont précédées de douleurs aiguës, qui, à raison de leur siége et de leur nature, feroient penser qu'elles sont semblables à celles qui suivent l'accouchement, et qu'on nomme vulgairement tranchées utérines. La cause des unes nous paroît être la même que celle des autres : toutes ces douleurs dépendent de l'engorgement du sang dans les sinus de la matrice, et de la difficulté qu'il éprouve à s'en évacuer.

Des vaisseaux qui le fournissent.

310. La source d'où découle le sang des règles

---

(1) *Deventer*, sur l'Art des Accouchemens, chap. XV.

est bien connue aujourd'hui : on sait qu'il distille des ouvertures qu'on remarque dans toute l'étendue de la cavité de la matrice, de celle de son col, et peut-être du vagin. S'il reste encore des doutes à ce sujet, c'est sur l'espèce de vaisseaux qui le laissent échapper ; les uns soutiennent que ce sang sort des artères, pendant que les autres assurent qu'il vient des sinus utérins ou des veines. Nous pensons qu'il découle des sinus utérins, et nous avons de très-fortes raisons de le croire.

De la cause du retour périodique des règles.

311. Nous ignorons entièrement la cause du retour périodique des règles. La plupart des Auteurs, en l'attribuant à la pléthore de la matrice, nous ont laissé autant à désirer que ceux qui l'avoient rapportée à une autre cause, puisqu'ils n'ont pas déterminé ce qui donnoit lieu à cette pléthore, ni pourquoi elle revenoit constamment au même terme. Dépendroit-elle de la situation de la matrice, de la distribution de ses vaisseaux, etc., comme plusieurs l'avoient imaginé ? Cette question restera sans doute long-temps indécise.

312. Si ce phénomène a de quoi nous étonner, il n'est pas moins surprenant de voir quelquefois cette évacuation manquer tout à coup, pour ne plus reparoître, soit à l'époque naturelle, qu'on appelle retour de l'âge, soit plus tôt, sans que la santé des femmes en soit altérée ; pendant que ses moindres dérangemens, avant ce terme, donnent lieu souvent à tant d'accidens.

De la cessation des règles.

313. La cessation absolue des règles, malheureusement, n'arrive pas toujours ainsi. Chez la plupart des femmes, elles suivent une marche très-irrégulière pendant plusieurs années avant

d'arriver à ce terme : tantôt elles sont abondantes, et tantôt elles fluent en si petite quantité, que les linges qui les reçoivent en sont à peine marqués ; souvent elles reparoissent deux fois le mois et retardent ensuite de six semaines ou plus.

314. C'est avec raison qu'on nomme le temps de la cessation des règles, le temps critique des femmes ; car un très grand nombre, accablées d'infirmités, ne traînent, après cette époque, qu'une vie misérable et languissante, tandis que cette époque est, pour d'autres, celle du retour de la santé que les vicissitudes continuelles de cette évacuation altéroient à chaque instant.

315. On a vu les règles reparoître pendant plusieurs mois de suite chez des femmes sexagénaires, et ramener, en quelque sorte, l'espoir d'une nouvelle fécondité. Nous avons observé ce phénomène sur une femme de soixante-cinq ans : la suppression de ces nouvelles règles donna lieu à plusieurs accidens qu'on prit pour autant de symptômes de grossesse ; et la femme, depuis cinq à six mois, vivoit dans cette illusion, que l'augmentation du ventre sembloit d'ailleurs favoriser, lorsqu'on reconnut qu'elle étoit hydropique (1).

De la nécessité qu'il y a qu'une femme soit réglée.

316. La stérilité des femmes qui sont entièrement privées de leurs règles, la suppression de cette évacuation pendant la grossesse et l'allaite-

(1) Cet exemple n'est pas le seul que nous puissions citer. Nous avons été consulté plusieurs fois, pour la même cause, par des femmes beaucoup plus âgées, qui n'ont pas joui long-temps de cette apparence de retour vers le jeune âge.

ment, annoncent assez qu'elle n'est point une dépuration, mais un simple dégorgement, et que ce sang avoit une destination bien plus précieuse. Il est en effet si nécessaire au développement du fœtus pendant la grossesse et à la sécrétion du lait après l'accouchement, qu'on a toujours pris les règles dans ces deux états pour une évacuation contre nature.

Remarques à ce sujet.

317. L'expérience a prouvé que les enfans des femmes réglées pendant la grossesse, étoient en général plus foibles et plus valétudinaires en naissant que ceux des autres (1); et encore aujourd'hui, on pense généralement que le retour de cette évacuation chez les nourrices, altère les bonnes qualités de leur lait, au point de le rendre très-nuisible à l'enfant qu'elles continuent d'allaiter. Si cela peut paroître vrai à l'égard de quelques femmes, il n'en est pas de même envers le plus grand nombre, et il seroit très-utile de combattre un préjugé qui a eu tant de suites fâcheuses (2).

318. Parmi les femmes qui sont réglées pendant la grossesse, les unes n'éprouvent qu'une seule fois cette évacuation, les autres y sont sujettes pendant les trois ou quatre premiers mois; mais il ne s'en trouve peut-être pas une qui ait été réglée au-delà de ce terme, ni par conséquent jusqu'au neuvième mois. La plupart de ces femmes sont très-sanguines, et perdent beaucoup habituellement; ou bien elles sont d'une constitution molle et délicate : ce qu'il

---

(1) *Levret*, Aphor. 237, édit. troisième.
Burton, trad. de l'Angl. sur les Accouchemens, pag. 417, §. 137.

(2) Voyez l'art. qui traite du choix d'une nourrice.

est essentiel de remarquer. Si les règles sont nuisibles à celles-ci et à leurs enfans, elles pourroient paroître salutaires aux premières dans le commencement de la grossesse, où le fœtus ne consomme que très-peu de fluide. Chez ces dernières, et même chez toutes, ce n'est pas l'évacuation qui est à craindre, mais la pléthore utérine dont elle est précédée; parce que cette pléthore en s'étendant jusqu'au placenta peut en procurer le décollement, et donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins dangereuse pour le produit de la conception et la femme même.

Précaution que doivent observer les femmes qui sont réglées pendant la grossesse.

319. Cette raison devroit engager les femmes à se priver d'un peu d'alimens, lorsqu'elles éprouvent les symptômes qui avoient coutume d'annoncer les règles avant la grossesse; à prendre quelques boissons tempérantes et à garder le repos; en un mot, à éviter ce qui pourroit augmenter la force du sang vers la matrice.

320. Quoique les règles pour l'ordinaire n'aient pas lieu pendant la grossesse, l'époque en est cependant marquée par le gonflement du sein, par la pesanteur des membres, et les autres symptômes qui en dénotoient les approches avant ce temps. C'est ce moment qu'il faut choisir pour soumettre au régime les femmes dont nous venons de parler, même pour les faire saigner, si l'on veut prévenir les effets, soit de la pléthore utérine, soit de la pléthore générale, qui précède les règles.

321. Quant aux femmes délicates qui sont réglées pendant les premiers temps de la grossesse, on doit plutôt chercher à les fortifier par un bon régime qu'à diminuer la masse du sang.

322. Quelques Accoucheurs pensent qu'il est important de distinguer cette espèce d'évacuation qui paroît encore si naturelle à l'égard de quelques femmes, de celle qu'on a coutume de désigner sous le nom de Perte; mais comment les distinguer? D'ailleurs, pourquoi se mettre en peine de faire cette distinction, si, comme l'annoncent ces Accoucheurs, l'évacuation est contre le vœu de la nature dans l'un et l'autre cas?

Différences des règles d'avec la perte qui peut avoir lieu pendant la grossesse.

323. L'on ne peut guère se tromper sur le caractère de ces deux évacuations, que dans les premiers mois de la grossesse. Les règles arrivent au temps ordinaire, elles coulent en petite quantité, et ne sont annoncées que par de légers symptômes; le sang en est clair et séreux, il coule en petite quantité, et la femme se trouve mieux à mesure que ce dégorgement s'opère : mais d'après cela même quelle est la femme qui se croira grosse avant l'époque des premiers mouvemens de son enfant? Dans le grand nombre de celles qui se sont cru enceintes malgré le retour périodique des règles, et qui nous ont consulté, il ne s'en est pas trouvé une seule qui le fût réellement, d'où il faut conclure, que le phénomène dont il s'agit est très-rare, et que beaucoup de femmes auront pris pour des règles, ce que nous aurions appelé des petites pertes survenues accidentellement.

324. La perte de sang se déclare dans un temps indéterminé, sans périodicité, et à l'occasion d'une cause le plus souvent apparente. Quand elle n'est pas l'effet d'une violence externe, d'une forte passion, etc. elle est la suite de la pléthore universelle ou locale. Pendant sa durée, la femme éprouve

des maux de reins, un sentiment de foiblesse, de pesanteur à la matrice, etc. Le sang est plus épais et se coagule plus facilement que celui des règles, surtout de celles qui fluent pendant la grossesse, à moins qu'elles ne soient très-copieuses. Dans le cas de perte, le sang découle des sinus utérins, que le décollement d'une portion de placenta a mis à découvert; dans celui des règles, pendant la grossesse, il ne peut venir que des vaisseaux de l'intérieur du col de la matrice, qui sont beaucoup plus petits, et du vagin. Il doit être moins abondant, plus clair, et se coaguler plus difficilement.

325. Quand le sang coule en petite quantité dans le cas de perte, le repos, la diète, les boissons tempérantes et incrassantes suffisent toujours pour l'arrêter; mais ces moyens sont le plus souvent infructueux, lorsque la perte est plus abondante, et alors on a recours à d'autres, parmi lesquels on a grand soin de ne pas oublier la saignée du bras, quoiqu'il s'en faille de beaucoup qu'elle convienne dans tous les cas.

Section II.

De la Fécondité et de la Stérilité.

De la fécondité.

326. La fécondité est l'aptitude de la femme à concevoir et à devenir mère.

Du temps où les femmes sont fécondes.

327. La femme ne jouit communément de cet avantage que lorsqu'elle est bien réglée; et en est privée pour l'ordinaire après la cessation totale de cette évacuation périodique.

328. Quelques femmes ont cependant donné

des marques de fécondité avant d'être réglées ; mais elles étoient sûrement disposées à l'être bientôt, et la nature avoit sans doute déjà opéré la révolution nécessaire à ce sujet. L'on connoît également plusieurs exemples de conception, survenue après la cessation totale des règles.

Des signes qui annoncent la fécondité.

329. Cette heureuse aptitude à la conception dépend du concours de plusieurs causes : mais il est si difficile de les bien apprécier, que la grossesse est seule capable de nous faire distinguer parfaitement la femme qui jouit de cette aptitude, d'avec celle qui en est privée.

330. Il n'est pas plus aisé de prononcer, dans bien des cas, sur l'impuissance absolue, ou la stérilité, qui a été regardée dans tous les siècles, comme une cause de répudiation, et de dissolution du mariage.

De la stérilité.

331. La mauvaise conformation des parties externes de la génération, le défaut de quelques-unes et même de toutes ces parties, les tumeurs qui les affectent, les brides, les cicatrices, les duretés et les callosités qui rétrécissent le vagin et en défendent l'entrée ; enfin l'obturation totale ou presque totale de son orifice par la membrane hymen, celle de l'orifice même de la matrice, n'offrent que des marques incertaines de stérilité.

De ses causes.

332. On peut en dire autant de quelques maladies de la matrice, de ses trompes, et des ovaires ; de la situation contre nature du museau de tanche, de l'absence des règles ou de leur trop grande abondance ; des fleurs blanches, de l'embonpoint excessif de la femme, du dégoût qu'elle éprouve dans l'acte vénérien, etc.

333. Quand on ne connoîtroit aucun exemple de femmes qui ont conçu, malgré quelques-uns des vices de conformation dont nous venons de faire l'énumération, ou quoiqu'atteintes de l'une ou de plusieurs des maladies indiquées, l'on ne devroit pas encore regarder ces vices et ces maladies comme autant de causes de stérilité absolue; puisque la plupart peuvent être détruites ou corrigées par les secours de la Chirurgie et de la Médecine.

334. Non-seulement on a vu plusieurs femmes devenir grosses malgré l'étroitesse naturelle ou accidentelle du vagin, mais encore d'autres, dont l'orifice de ce canal s'ouvroit dans le rectum (1), les parties extérieures manquant entièrement. Combien de fois aussi n'a-t-on pas incisé l'hymen trop dense, les duretés et les callosités du vagin, élargi ce canal, et enlevé les tumeurs qui s'opposoient au vœu de la nature? Les exemples en sont trop multipliés et trop connus, pour en rapporter un seul à l'appui de ces assertions.

335. Il n'y a de causes apparentes et réelles de stérilité chez la femme saine d'ailleurs, que l'obturation totale du vagin, celle de l'orifice de la matrice, et la privation de quelques-unes des parties essentiellement nécessaires à la génération (2).

---

(1) Voyez les observations citées par M. *Barbaut*, pag. 59, d'après MM. *Devigne* et *Vermond* père; MM. *Dupuis*, *Puzos* et *Grégoire*.

(2) Nous avons eu occasion de voir en 1785, une femme âgée de vingt-huit ans, grande et bien constituée, chez qui on ne découvroit aucun indice de la matrice, quelque profondément qu'on introduisît le doigt

336. Quand on considère le grand nombre de femmes à qui la nature semble refuser le titre de mère, quoiqu'elle ait ajouté en elles au désir d'avoir des enfans, les dispositions les plus favorables, on est contraint d'admettre des causes cachées qui s'y opposent, et qui paroissent impénétrables aux lumières de la raison.

337. Ces causes peuvent dépendre du mari ou de la femme, ou tout au moins provenir d'un certain défaut de convenance dans le tempérament de l'un et de l'autre. Tel homme en effet qui a passé pour inhabile à la génération avec une femme, a eu des enfans avec une autre, *et vice versâ.*

---

dans le rectum, et qu'on déprimât de l'autre main la région hypogastrique. Une membrane très-épaisse, que les efforts répétés de l'acte du mariage avoient alongée, sembloit voiler l'entrée du vagin, et former en cet endroit, quand on l'enfonçoit avec le doigt, une espèce de cul-de-sac de la profondeur d'un pouce. Cette femme avoit la plupart des inclinations de notre sexe ; elle aimoit la chasse, cultivoit les belles-lettres, etc., et n'avoit jamais rien ressenti qui annonçât la rétention du sang menstruel, ni même le besoin d'éprouver cette évacuation. Elle étoit mariée et ne remplissoit ses devoirs de femme que très-imparfaitement, et sans en goûter les douceurs.

SECTION III.

Des signes au Viol, et de ceux qui indiquent que l'Accouchement a eu lieu.

Des signes qui annoncent qu'une femme a été violée.

338. Les crimes de viol, d'infanticide et de suppression de part (1), ont paru si abominables, que la sévérité des lois a toujours puni de mort les personnes qui en ont été convaincues ; mais comme le plus souvent ces sortes de forfaits manquent de témoins, les juges, avant de prononcer, ordonnent la visite de celle qui dit avoir été violée ; et de la femme accusée d'avoir détruit son enfant au moment de sa naissance ou avant ; soit de dessein prémédité, en l'exposant à la rigueur du temps, en l'étranglant, ou de toute autre manière.

339. L'accoucheur, dans ces sortes de cas, a besoin de beaucoup de connoissance et de discernement, de prudence et de sagesse, pour ne pas exposer la vie de l'innocent, et ne pas faire absoudre le coupable. Si la fonction dont il est chargé élève l'homme instruit et probe, l'associe en quelque sorte à celle de juge, elle peut dégrader l'ignorant et le couvrir d'opprobre.

340. Les signes négatifs de la virginité ne sont

(1) La suppression de part est lorsqu'une fille ou femme cache la naissance de son enfant ou le fait périr aussitôt qu'il est né, soit en le suffoquant, soit en le jetant dans un puits, dans une rivière, ou tout autre endroit, pour en dérober la connoissance au public, etc. *Dictionnaire des Sciences et Arts*, tom. XV, pag. 680.

pas toujours des preuves convaincantes du viol; la contusion et la déchirure même de quelques-unes des parties externes de la génération, n'étant pas exclusivement l'effet de ce crime.

341. Souvent la membrane de l'hymen est entière dans les personnes déflorées (1), et détruite chez d'autres, qui conservent encore cette pureté et cette vertu morale, connue sous le nom de Virginité (2).

---

(1) On sait déjà que l'hymen ne se déchire pas toujours dans les premières approches conjugales, et qu'on a trouvé cette membrane entière chez quelques femmes, au moment même de l'accouchement : nous pourrions en rapporter ici trois exemples, et même quatre. L'une des femmes qui font le sujet de nos observations, plus attachée à l'opinion publique qu'à cette vertu morale que nous appelons Virginité, devint grosse sans consommer entièrement l'acte vénérien, et seulement pour avoir permis à son amant d'épancher la liqueur séminale sur les parties intérieures de la vulve, comme le fit celle dont parle *Mauriceau* dans ses observations : du moins cette demoiselle nous l'assura-t-elle. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'hymen bordoit étroitement l'entrée du vagin, et ne laissoit qu'une très-petite ouverture. Il n'y avoit pas eu de copulation non plus chez deux autres de ces femmes; et quelques raisons nous portent à croire qu'il en a été de même de la quatrième, quoique mariée depuis un an, et au moment d'accoucher, lorsque nous reconnûmes l'hymen, et que nous vîmes cette membrane soutenir seule, pendant une demi-heure, tous les efforts possibles des derniers temps de l'accouchement sans se déchirer; toutes les autres parties étant disposées de manière à ne pas retarder la sortie de la tête de l'enfant.

(2) Nombre de causes peuvent déchirer ou ronger la

342. Souvent aussi les désordres récens qu'on remarque aux parties de la génération, sont l'effet d'un coup, d'une chute, des manœuvres même d'une femme malintentionnée, envers qui l'accusé n'est peut-être coupable que d'un refus. On a vu des filles se mutiler les parties, en y introduisant un corps étranger ou autrement; ensuite crier au viol, dans l'intention de se venger d'un amant timide, ou de se défaire de celui pour qui elles n'avoient aucune inclination.

Il paroît presque impossible qu'un seul homme puisse effectuer le viol, à moins qu'il n'y ait une grande disproportion d'âge, ou qu'il n'use de quelque artifice, comme de faire prendre des narcotiques ou autres choses semblables.

Des signes qui peuvent faire connoître si une femme a eu des enfans.

343. Il est aussi difficile en quelques cas, de prononcer sur la réalité de l'accouchement d'une femme accusée de suppression de part, que sur la certitude du viol. Dans le cas d'accouchement, il faut que l'examen des parties se fasse dans les premiers jours, parce que les traces s'en affoiblissent, s'effacent même, ou deviennent communes à d'autres causes, et ne fournissent, à la rigueur, que des preuves douteuses et incertaines.

344. La flaccidité des mamelles, la laxité des tégumens du ventre, les vergetures, les taches blanchâtres et luisantes qu'on y remarque, peu-

---

membrane hymen, et aucune n'est plus ordinaire, parmi celles qui paroissent accidentelles, que les fleurs blanches acrimonieuses, et la dépravation de l'humeur sébacée qui couvre les parties sexuelles, au moment de la naissance, etc.

vent être la suite d'un embonpoint excessif, de l'hydropisie ascite, de l'hydropisie de matrice, etc. aussi bien que de la grossesse et de l'accouchement. Comment distinguera-t-on, après un certain laps de temps, quelle est celle de ces causes qui y a donné lieu?

345. La présence du lait dans les mamelles à une époque aussi éloignée n'est point un signe plus certain qu'il y a eu grossesse, si on le prend exclusivement, puisque des femmes en ont eu à la suite d'une hydropisie de matrice, ainsi que l'attestent plusieurs Auteurs, comme après l'accouchement naturel; et surtout puisque quelques-unes en ont fourni à l'occasion d'une simple suppression de règles (1).

346. L'état des parties, tant internes qu'externes de la génération, n'est pas plus décisif.

---

(1) Nous avons vu des femmes dans le cas d'en fournir assez librement en pressant légèrement les mamelles: toutes se croyoient enceintes, quoiqu'aucune ne le fût, et que plusieurs ne l'eussent jamais été. Une petite fille de l'âge de huit ans, de la ville d'Alençon, a présenté un phénomène bien plus extraordinaire. Appliquant souvent à son sein la bouche d'un enfant de quelques mois que sa mère allaitoit, il lui vint assez de lait pour le nourrir elle-même pendant un mois, selon le témoignage de plusieurs personnes de la ville, la mère ne pouvant plus le faire par rapport aux gerçures de ses mamelons. Cette petite fille conservoit encore beaucoup de lait, d'une excellente qualité, et l'exprimoit aisément par jets, lorsqu'elle fut présentée à l'Académie de Chirurgie le 16 octobre 1783. Elle en fit trayer chez moi plus d'une cuillerée ordinaire, le même jour, en présence de plus de soixante élèves.

Cette fille qui ne présentoit à l'extérieur aucune mar-

L'altération du col de la matrice et de son orifice (1), le plus grand volume de ce viscère, l'amplitude du vagin, les déchirures des parties extérieures, peuvent dépendre d'une autre cause que de l'accouchement. D'ailleurs, combien de femmes en qui on ne trouve aucune de ces traces, quinze et même huit jours après l'instant où elles sont devenues mères?

347. Il faudroit, pour décider affirmativement qu'une femme, accusée de suppression de part, est accouchée, outre l'ensemble de tous les signes exposés ci-dessus, la présence des lochies ordinaires; ce qui ne se peut bien distinguer que dans les huit ou dix premiers jours de couches. Après ce temps la matière des lochies, chez quelques femmes, se rapproche trop du caractère de celle qui constitue les fleurs blanches, auxquelles beaucoup sont sujettes, pour qu'on puisse, sans craindre de se tromper, attribuer l'écoulement dont il s'agit, plutôt à l'accouchement qu'à une disposition habituelle de la matrice

---

que de puberté, étoit sourde et muette de naissance. Elle avoit éprouvé périodiquement, pendant trois jours de chaque mois, un écoulement de sang par les yeux, depuis l'âge de quatre ans jusqu'à celui de cinq et demi. S'étant supprimé alors, la santé de cette petite fille en parut altérée, et ne se rétablit, après plusieurs mois, que lorsqu'une nouvelle évacuation sanguine, qui devint aussi périodique que la première, se fut annoncée par les voies naturelles. Ces règles prématurées ne cessèrent qu'à l'époque du développement des mamelles et de la filtration du lait.

(1) Voyez §. 154.

348. La circonstance paroîtra bien plus embarrassante encore, et bien plus délicate pour l'homme de l'art qui est obligé de prononcer, s'il se rappelle que le dégorgement qui succède à l'expulsion des substances qui constituent les fausses grossesses, soit de ces môles en masse ou en grappe dont nous parlerons dans la suite, soit de ces amas d'humeurs glaireuses et sanguinolentes, etc., est le même qu'après un accouchement ordinaire; que la tuméfaction du sein a lieu dans l'un et l'autre cas, après plusieurs jours; et qu'il s'y filtre du lait souvent avec profusion. D'où l'on voit avec quelle sagacité et avec quelle réserve l'on doit établir son jugement dans la plupart des cas, pour ne pas compromettre l'innocence de l'accusée, ou faire absoudre la femme qui est coupable.

CHAPITRE IV.

De la Génération, de la Conception et de la Grossesse.

SECTION PREMIÈRE.

De la Génération.

De la génération.

349. L'OPÉRATION générale de la nature par laquelle tout individu quelconque produit son semblable, s'appelle Génération. Cet acte chez les animaux demande toujours le concours des deux sexes, et ne peut s'opérer sans lui; l'on en excepte cependant quelques-uns qui jouissent des facultés de se reproduire d'eux-mêmes.

350. Mais cette reproduction n'est-elle que le développement d'un animal préexistant? celui-ci vient-il du père ou de la mère, ou se forme-t-il des principes fournis par l'un et par l'autre? Dans ce dernier cas, quels sont ces principes, et comment se rassemblent-ils? Ce sont autant de questions impossibles à résoudre, ou sur lesquelles au moins nous ne hasarderons aucune conjecture.

Des différens systèmes établis sur la génération.

351. Nous ne perdrons pas non plus le temps à analyser les différens systèmes établis sur la génération : nous nous bornerons à les exposer très-brièvement. On peut les réduire à deux principaux, celui du mélange des deux semences, et celui des œufs.

Système des anciens.

352. Le premier de ces systèmes étoit celui

des anciens : ils imaginoient que la femme répandoit, dans le temps du coït, une liqueur prolifique comme celle de l'homme. Ce système, quoique généralement adopté, a eu ses détracteurs ; et quelques-uns, même parmi les anciens, ont soutenu que la liqueur dont il s'agit, n'étoit que l'humeur filtrée par les glandes du vagin : en effet, si elle venoit des ovaires, comment et par où s'échapperoit-elle pendant la grossesse ? Si l'on n'en juge que d'après le sentiment de volupté, et l'espèce d'orgasme que la femme éprouve vers les trompes à l'instant où elle se livre aux plaisirs de l'hymen, il paroîtra vraisemblable qu'il découle quelque fluide des ovaires vers la matrice ; car cette sensation ne peut être excitée par la liqueur qui se répand au-dehors, puisqu'elle a lieu chez le plus grand nombre des femmes, indépendamment de cette émission apparente.

Système de M. de Buffon.

353. M. *de Buffon* n'a fait qu'embellir ce premier système. Selon ce savant naturaliste, l'homme et la femme fournissent également à la génération : leur semence, dit-il, n'est qu'un mélange de molécules organiques, extraites de toutes les parties du corps, dont elles forment comme autant d'abrégés. Ces molécules organiques, qu'il appelle vivantes et actives, à raison de leur mouvement continuel, sont figurées de manière qu'elles ne peuvent s'unir et s'identifier qu'avec celles qui ont été renvoyées des mêmes parties chez l'un et l'autre sexes, c'est-à-dire, que les molécules fournies par les yeux de l'homme, par exemple, ne peuvent s'accrocher et s'unir qu'aux molécules fournies par les yeux de la femme : ainsi des autres.

354. La formation des parties sexuelles, si différentes dans les deux individus, ne pouvant s'expliquer par ce système ingénieux, l'esprit de l'Auteur y a suppléé, en imaginant que la réunion des molécules émanées des parties d'un sexe seulement, formoit la base de tout l'édifice; de sorte qu'il en résultoit un garçon ou une fille, selon que ces molécules appartenoient à l'homme ou à la femme.

Système des modernes.

355. Le système des anciens s'est soutenu dans toute sa force jusqu'à la découverte des vésicules dont les ovaires des femmes se trouvent parsemés à l'âge de puberté; mais cette découverte fixa l'attention des Physiologistes, et ils commencèrent à croire que l'homme et tous les autres animaux venoient d'un œuf; que la différence entre les vivipares et les ovipares, consistoit en ce que les uns ayant couvé leurs œufs en dedans, déposoient leurs petits vivans, au lieu que les autres ne les couvent qu'après les avoir pondus.

356. Dans ce système, l'œuf fécondé descend dans la matrice au moyen des trompes de Fallope; mais quelqu'un l'a-t-il vu? on pourroit en douter, autant d'après la structure même des trompes et le rapport du calibre de leur extrémité interne avec la grosseur de ces petits corps sphériques que nous prenons pour des œufs, que d'après les expériences multipliées d'un savant qui a fait l'admiration de son siècle (1).

Hypothèse sur le système des œufs.

357. Quoique d'accord sur l'admission des œufs, les partisans de ce système ont pensé différem-

(1) *De Haller.*

ment sur la manière dont ils étoient vivifiés. Les uns ont cru que le fœtus y étoit tout formé, et qu'il n'avoit besoin que d'y être excité par l'esprit séminal du mâle: les autres, au contraire, n'ont regardé ces œufs que comme des espèces de nids destinés à recevoir un de ces petits animalcules qu'on a cru découvrir dans la semence de l'homme par la moyen du microscope.

358. L'insuffisance de tous ces systèmes et de toutes ces hypothèses, pour l'explication des phénomènes surprenans de la génération, ne laisse que trop apercevoir la profondeur de l'abîme où la raison de l'homme s'est souvent égarée, faute de connoître les bornes que la nature avoit prescrites à son intelligence et à ses recherches.

Section II.

De la Conception.

De la conception.

359. L'union des principes fournis à la génération par l'un et par l'autre sexe, se nomme Conception, dans l'espèce humaine.

Du lieu où elle se fait.

360. Si cette union ne se fait pas toujours dans l'ovaire, on conviendra du moins qu'elle s'y fait quelquefois, puisqu'on y a trouvé des débris de fœtus, même des fœtus entiers.

361. Ceux qu'on a trouvés dans les trompes annoncent de même que la conception peut s'y faire, ou que ces conduits servent à transmettre dans la matrice le corps qui en est le produit. Les enfans qui ont été trouvés dans la cavité du ventre, après la rupture de la trompe, ou de l'enveloppe de

l'ovaire, fournissent encore des preuves évidentes de ce que nous avançons concernant le lieu où se fait la conception : et ceux qui se sont développés dans cette cavité, qui y sont parvenus sans aucune lésion de la trompe, annoncent bien moins que la conception peut s'y faire également, qu'ils ne dénotent qu'elle s'est faite alors dans l'ovaire.

362. En admettant qu'elle se fasse constamment dans l'ovaire, que l'ovaire soit le premier siége de l'homme, et que la trompe ne soit destinée qu'à transporter l'œuf fécondé dans la matrice, ne devons-nous pas être surpris de ce que tant d'œufs parviennent dans ce viscère, et que la trompe, dont le pavillon est si large et l'orifice interne si étroit, en laisse tomber aussi peu dans la cavité du ventre?

Signes de la conception.

363. Si quelques femmes connoissent l'instant où elles conçoivent, par les mouvemens intérieurs qu'elles éprouvent, la plupart l'ignorent et ne se soupçonnent enceintes que d'après la suppression des règles. Il seroit sans doute à désirer, en beaucoup de cas, qu'on pût avoir une connoissance certaine de cet état dans un temps moins avancé, afin de ne pas attribuer à d'autres causes les incommodités qui accompagnent fréquemment la grossesse dans ses commencemens, et de ne point employer de remèdes non-seulement inutiles, mais quelquefois nuisibles.

SECTION III.

De la Grossesse.

De la grossesse.

364. L'état d'une femme qui a conçu, s'exprime par le mot de grossesse : cet état dure depuis l'instant de la conception jusqu'à celui de l'expulsion ou de la sortie du corps qui en est le produit.

De ses espèces générales.

365. On peut distinguer deux espèces générales de grossesse, relativement à la nature du produit de la conception ; savoir, une vraie et une fausse. La première est formée d'un ou plusieurs enfans, et la seconde par une môle qui est tantôt comme charnue, et tantôt vésiculaire, etc. On peut encore appeler, et avec bien plus de raison, du nom de Fausse grossesse, ces amas de sang, d'eau et d'humeurs glaireuses, qui se forment dans la matrice, ainsi que la tympanite de ce viscère, s'il en existe un seul exemple; parce qu'ils sont toujours accompagnés de quelques-uns des symptômes rationnels de la grossesse ordinaire, qu'ils donnent lieu au développement du ventre comme celle-ci, et qu'ils peuvent retenir long-temps l'Accoucheur le plus instruit, dans la plus grande incertitude sur le véritable état de la femme.

De la grossesse vraie, et des grossesses extra-utérines.

366. La vraie grossesse a reçu différentes dénominations, selon le lieu que l'enfant occupe. Elle se nomme Grossesse utérine, Bonne grossesse, Grossesse ordinaire, toutes les fois qu'il est renfermé dans la matrice; Grossesse tubaire, des ovaires, et abdominale, lorsque l'enfant se déve-

loppe dans la trompe, dans l'ovaire ou dans la cavité du ventre. Ces trois dernières espèces sont aussi désignées sous le nom générique de Grossesses extra-utérines.

De la grossesse simple et composée.

367. La grossesse ordinaire, ou la bonne grossesse, formée le plus souvent d'un seul enfant, l'est aussi quelquefois de plusieurs; ce qui lui a fait encore donner le nom de Grossesse simple, et de Grossesse composée. On peut de même l'appeler Grossesse composée quand l'enfant est accompagné d'une môle, ou lorsqu'il existe déjà une grossesse extra-utérine : ce qui n'est pas sans exemple, quoiqu'on l'ait observé rarement.

Des signes communs de toutes ces espèces de grossesses.

368. Ces différentes espèces de grossesses ont des signes communs, et d'autres qui sont particuliers à chacune d'elles. Les premiers se prennent du dégoût que la femme éprouve pour certaines choses, des appétits singuliers, du ptyalisme, des nausées, des vomissemens, de la suppression des règles, du gonflement et de la tension du sein, etc.

369. Ces symptômes, qu'on appelle Signes rationnels de grossesse, ne la caractérisent cependant que d'une manière très-incertaine, et paroîtront même très-équivoques, si on se rappelle qu'on les a vus souvent se manifester à la suite d'une simple suppression des règles. Le défaut de cette évacuation menstruelle n'est pas un signe plus positif de grossesse; comme sa présence n'en est pas toujours une preuve négative : plusieurs femmes pouvant être réglées pendant les deux ou trois premiers mois de la gestation; d'autres ayant cessé de l'être long-temps avant l'époque de la

conception, et quelques-unes ne l'étant que pendant la grossesse (1).

370. Si la plupart de ces symptômes, réunis ou séparés, ne nous offrent au plus que des probabilités sur l'état de la femme qui les éprouve, il n'en est pas de même des signes particuliers que nous allons décrire : ils nous mettent à même de reconnoître la grossesse dès les premiers mois, de juger de son espèce, de ses différens termes, etc. C'est par le toucher qu'on découvre toutes ces choses.

Section IV.

Du Toucher.

Du toucher.

371. Le toucher considéré relativement à l'art des accouchemens, ne se borne pas à l'introduction du doigt dans le vagin; il s'entend aussi de l'application d'une main sur le ventre de la femme. Si on reconnoît par le premier procédé, l'état du col de la matrice, sa situation, etc., c'est par le dernier que nous jugeons du volume de ce viscère, de la hauteur de son fond, de son obliquité, etc.

---

(1) *Deventer* cite l'exemple d'une femme qui n'a jamais été réglée que pendant ses grossesses. Nous en avons rencontré plusieurs qui nous ont assuré qu'elles ne l'avoient été périodiquement que pendant leurs grossesses également, et leur témoignage nous a paru d'autant plus vrai, qu'elles ne nous demandoient que l'explication de ce phénomène extraordinaire, que nous n'avons pas été à même d'observer chez elles, comme le fit *Deventer* chez celle dont il a fait mention. (Voyez *Deventer*, chap. XV.)

372. Le toucher est un point de pratique des plus difficiles et des plus essentiels dans l'art des accouchemens. Si *Deventer* et *Puzos*, qui ont donné des préceptes importans sur cet objet, paroissent avoir laissé beaucoup de choses à désirer, c'est qu'ils ont reconnu sans doute, comme bien d'autres, que rien ne pouvoit dans ce cas suppléer à l'exercice.

De l'utilité du toucher.

373. L'Accoucheur n'a presque jamais d'autre guide que l'organe du tact ; il doit suppléer à la vue qui ne pourroit servir d'ailleurs que dans très-peu de cas, où la pudeur des femmes sembleroit encore en interdire l'usage : mais ce n'est qu'après une longue expérience qu'on a le droit d'en attendre cet avantage.

374. L'occasion de le pratiquer se présente fréquemment, surtout dans les grandes villes, où les femmes sont réunies en plus grand nombre, et où des personnes de l'un et l'autre sexe se consacrent uniquement à la profession de l'art des accouchemens. Souvent de simples doutes que la femme veut dissiper, la déterminent à se soumettre au toucher ; tandis que d'autres fois ces recherches intéressent l'honneur, la santé et la vie même de plusieurs individus. C'est une femme qui craint d'être devenue grosse dans un commerce illicite, qui veut se soustraire de bonne heure aux regards du public et mettre sa réputation à couvert, qui implore les lumières de notre art dès l'instant de ses premiers soupçons ; c'en est une autre dont la grossesse encore très-douteuse est compliquée d'accidens, ou accompagnée d'une maladie qui lui est étrangère, qui, n'osant employer les remèdes que son état semble exiger, demande qu'on dissipe

ses incertitudes; ou bien une femme convaincue d'un crime qui mérite le dernier supplice, qui se déclare grosse à l'instant où elle entend prononcer sa sentence de mort; c'en est une, accusée de suppression de part et d'infanticide, sur l'état de laquelle les juges attendent une décision formelle de la part des gens de l'art, etc.

375. C'est aussi par le toucher qu'on découvre certaines affections des parties de la génération qui sont cachées profondément dans le bassin; qu'on juge de la grandeur de celui-ci et de ses vices de conformation; qu'on reconnoît la grossesse, ses différens termes et les approches de l'accouchement; qu'on distingue les vraies douleurs des fausses; la partie que l'enfant présente, son volume, et la marche qu'il suit en s'engageant, etc.

Des connoissances nécessaires pour exercer le toucher avec fruit.

376. Pour pratiquer le toucher avec fruit dans la plupart de ces cas, et surtout lorsqu'on se propose de découvrir une grossesse douteuse dans ses premiers temps, il faut s'habituer auparavant à bien juger, par ce moyen, de l'état naturel de la matrice : car ce sont les signes négatifs de cet état qui nous conduisent à la connoissance des autres.

377. Il faudroit, pour acquérir cette habitude, commencer à toucher sur le cadavre, où l'on peut rectifier ses connoissances, et corriger ses erreurs; ensuite, des femmes qui ne soient pas grosses, toucher un grand nombre de celles-ci, et dans différentes attitudes, afin de juger plus exactement du volume de la matrice, de la figure et de la situation de son col, de sa pesanteur et de sa mobilité. Mais ce n'est que dans les villes du premier ordre, où les écoles

en tous genres sont multipliées, et dans les hôpitaux surtout où l'on reçoit beaucoup de femmes, qu'on trouve ces ressources : tous les élèves ne pouvant en profiter également, nous y suppléerons autant qu'il est possible, en développant la théorie de cette importante partie de l'art, au-delà de ce que l'ont fait les Auteurs qui nous ont précédé.

Précautions relatives au toucher.

378. Soit qu'on pratique le toucher sur le cadavre ou sur la femme vivante, il faut mettre les muscles abdominaux dans le relâchement, afin qu'on puisse découvrir la matrice plus facilement, et mieux juger de son état. Cette précaution devient nécessaire surtout, quand on veut s'assurer d'une grossesse commençante, ou faire la recherche de quelques maladies de la matrice et des ovaires : il faut également auparavant évacuer la vessie et le rectum.

379. Il n'est pas moins essentiel de bien graisser le doigt qui doit servir dans cette occasion. Cette précaution en facilite l'introduction, la rend moins douloureuse pour la femme, et peut mettre l'Accoucheur à l'abri de certains virus dont la subtilité est assez grande pour s'introduire par les pores de la peau, ou du moins par la plus petite ulcération du doigt.

On doit toucher du doigt index.

380. C'est du doigt indicateur dont on se sert en pareil cas; mais il faut savoir toucher indifféremment de celui de la main droite et de la main gauche. De son extrémité, on écarte doucement les grandes lèvres, on cherche l'entrée du vagin, et on le plonge dans ce canal dont on suit la direction naturelle, jusqu'à ce qu'on rencontre le museau de tanche.

Recherches nécessaires pour juger de la grossesse.

381. Après avoir parcouru la surface de celui-ci, pour prendre une idée de sa forme, de sa longueur, de son épaisseur, de sa densité, et de l'état de son orifice, on agite un peu la matrice, afin de juger de sa pesanteur et de sa mobilité ; puis on tâche de la fixer entre le doigt dont il s'agit et l'autre main appuyée sur le bas-ventre, pour en connoître à peu près la longueur et le volume.

382. Pour parvenir à fixer ainsi la matrice, on la repousse en en-haut au moyen du doigt introduit dans le vagin et appliqué au museau de tanche, tandis que de l'autre main on déprime les enveloppes du bas-ventre, au-dessous de l'ombilic, en observant d'écarter de droite et de gauche les intestins grêles, par une pression et des mouvemens convenables, jusqu'à ce qu'on rencontre un corps solide qui réponde au premier doigt. Ce corps est celui de la matrice dont on estime aisément la longueur, soit par habitude, soit par son approximation de la symphyse du pubis.

383. Ce procédé est assez facile chez les femmes maigres, et plus encore chez celles qui ont eu des enfans ; mais il est si difficile chez celles qui sont charnues et qui ont beaucoup d'embonpoint, qu'on parvient rarement à saisir la matrice, comme on l'a dit au paragraphe précédent.

384. La tension naturelle des muscles du bas-ventre, leur tension volontaire chez les femmes qui ont intérêt de cacher leur état et qui ne se soumettent qu'avec répugnance à de pareilles recherches, de même que la sensibilité du sujet qu'on examine, la plénitude des intestins et de la vessie, ajoutent encore à ces difficultés.

385. Dans tous ces cas on parvient plutôt à renverser la matrice dans le bassin, qu'à la fixer selon sa longueur, ce qui permet également à l'Accoucheur instruit de juger de son état; soit en parcourant de l'extrémité du doigt toute sa face postérieure, ou bien en poussant son fond contre le sacrum, tel qu'on le voit dans le cas de rétroversion, et en estimant alors à quelle distance de la symphyse du pubis se trouve le museau de tanche. On suppose ici que le diamètre du bassin, selon la ligne que parcourt la longueur de la matrice ainsi renversée, est connu.

386. Aucun des procédés indiqués ne peut être employé sur les femmes asthmatiques ou hydropiques, parce qu'elles ne sauroient rester couchées dans la situation prescrite, ni supporter une aussi forte pression de la main sur le bas-ventre. Comme on ne peut les toucher que debout, ou à peu près dans cette attitude, ce n'est que par la mobilité et la pesanteur de la matrice qu'on juge si elle est en vacuité ou non.

Remarques des Auteurs sur le temps de la grossesse où l'on doit pratiquer le toucher.

387. Les Accoucheurs qui ont recommandé le toucher dans la vue de découvrir la grossesse commençante, ont conseillé de ne le mettre en usage qu'après le troisième mois, parce qu'ils se sont persuadés qu'il étoit impossible de la reconnoître plus tôt. S'il est vrai que le toucher ne nous fournisse que des conjectures avant ce terme, ces conjectures, jointes aux autres choses qui font soupçonner la grossesse, la caractérisent assez pour faire suspendre l'administration des remèdes qui pourraient en troubler le cours, ou devenir nuisibles à la mère et à l'enfant. Nous n'avons pas

hésité d'en faire la base de notre jugement en quelques cas où la grossesse étoit au plus de quatre à cinq semaines, et bien rarement nous nous sommes trompés à cet égard.

Opinion des Auteurs sur l'état du col de la matrice dans le commencement de la grossesse.

388. Plusieurs Accoucheurs ont pensé qu'on pouvoit reconnoître la grossesse en examinant le col de la matrice seulement; assurant qu'il est plus gros et plus ferme après la conception, qu'il y a plus de chaleur, qu'il est situé plus haut ou plus bas, et que son orifice est plus petit. Mais on sait déjà ce qu'on doit penser de la plupart de ces choses, qui ne se manifestent que dans un temps où, pour l'ordinaire, la grossesse n'est plus équivoque, et qui supposent la connoissance acquise par le toucher, de l'état de cette partie avant la conception; car le col de la matrice présente, comme toute l'habitude du sujet, des différences individuelles.

Des choses qui peuvent nous faire reconnoître la grossesse.

389. Puisque c'est le corps de la matrice qui subit les plus grands changemens dans les six premiers mois de la grossesse, et que le col ne se développe et n'éprouve d'altérations apparentes au toucher que dans les deux ou trois derniers, ce sont donc les changemens successifs de ces parties qui peuvent nous annoncer la grossesse et ses différens termes : d'abord ceux qui arrivent au corps de la matrice, et ensuite ceux qu'éprouve le col de ce viscère (1). Mais comme ces changemens de forme, de volume, de position, peuvent dépendre d'une cause étrangère à la grossesse, et surtout ceux que le toucher nous fait apercevoir

(1) Voyez §. 196 et suiv.... §. 401 et suiv.

dans les premiers mois, il n'y a rigoureusement de signes certains de cet état, que les mouvemens de l'enfant.

Les mouvemens de l'enfant sont les signes les plus certains de la grossesse.

390. Ces mouvemens sont de deux espèces : les uns dépendent de l'action musculaire des parties de l'enfant, et les autres sont des mouvemens de ballottement dans lesquels il est entièrement passif. Dans les uns il se meut par lui-même dans la matrice, et dans les autres il est mu au milieu de ce viscère.

391. Dans les premiers, tantôt c'est la tête, et tantôt ce sont les bras ou les jambes qui se meuvent. Quoique ces mouvemens aient lieu dès que les muscles ont acquis la force nécessaire pour les produire, cependant la femme ne les ressent, et ne les distingue pour l'ordinaire, qu'aux environs du quatrième mois et demi de la grossesse ; parce qu'ils sont trop foibles avant ce temps pour être remarquables, et les membres du fœtus trop peu développés, pour qu'en s'alongeant ils puissent heurter avec force contre les parois de la matrice, qu'une assez grande quantité d'eau tient alors éloignées d'eux, presque de toutes parts.

392. Les femmes sensibles et nerveuses peuvent cependant distinguer ces mouvemens beaucoup plus tôt ; comme l'on en rencontre d'une constitution différente qui ne s'en aperçoivent que beaucoup plus tard. Plusieurs nous ont assuré qu'elles avoient senti remuer leurs enfans constamment à la révolution du troisième mois de la grossesse, et même un peu plus tôt. Nous avons donné des soins à d'autres femmes qui n'ont remarqué ces mouvemens qu'après le cinquième, le sixième, et même

le septième mois : quelque chose que nous ayons pu faire chez l'une de ces femmes, et malgré le ballottement très-manifeste de l'enfant dans la matrice, lorsque nous l'agitions du doigt introduit dans le vagin, ses mouvemens ne sont devenus sensibles pour la mère et pour le doigt qui la touchoit, qu'à l'époque du septième mois, deux mois avant l'accouchement (1) : d'où l'on voit qu'il ne faut pas toujours prendre pour le terme de quatre mois et demi de grossesse, celui où commencent à se manifester ces mouvemens.

Du ballottement du fœtus.

393. Le ballottement du fœtus dans la matrice est indépendant de son action musculaire ; il existe après sa mort comme auparavant, et il paroît même plus incommode alors à la femme, qui se plaint souvent de ce qu'une espèce de boule plus ou moins

---

(1) La naissance de cet enfant ne paroîtra pas prématurée, si l'on veut bien observer avec nous qu'il étoit très-fort et du poids de sept livres et demie ou environ.

Nous avons été consulté plusieurs fois par une autre femme à qui la grossesse a paru douteuse jusqu'au dernier moment, ainsi qu'au Médecin qui prenoit soin de sa santé, malgré l'assurance bien positive que nous lui donnions de son existence ; parce que les mouvemens de l'enfant ne se sont fait sentir en aucune manière : quelque chose que nous ayons fait nous-mêmes pour les exciter, même au huitième mois et demi, nous n'avons pu en reconnoître d'autres que que celui du ballottement. Cet enfant est né à terme, d'une force ordinaire, et bien portant. *Levret* citoit dans ses leçons particulières, l'exemple d'une femme qui n'avoit ressenti aucun mouvement de l'enfant dans deux grossesses consécutives.

pesante semble tomber sur le côté où elle se couche. Cette espèce de mouvement tient à celui de la matrice, à celui de la femme même, et peut être excité par le doigt de l'Accoucheur.

394. Ce ballottement commence, pour ainsi dire, avec la grossesse; mais il est si foible dans les premiers temps, à cause de la grande légèreté du fœtus, que l'Accoucheur ne peut le découvrir; et malgré ses plus exactes perquisitions, il n'y parvient au plus tôt que vers le troisième, et souvent le quatrième mois. Après ce terme, il est aisé de le reconnoître, pourvu cependant qu'on s'y soit préparé, en le recherchant sur des femmes encore plus avancées dans leur grossesse.

395. Pour l'exciter et le distinguer, on avance l'extrémité du doigt dans le fond du vagin, près la base du museau de tanche, ou le plus haut possible sur le corps de la matrice, soit en devant, soit en arrière, selon l'attitude où est la femme, qui peut être debout ou couchée, et on applique l'autre main au-dessus du pubis, afin de fixer le fond de ce même viscère; alors on l'agite alternativement de l'une et de l'autre parts, c'est-à-dire du doigt et de la main, jusqu'à ce qu'on distingue le mouvement dont il s'agit; en observant toutefois de ne pas prendre celui de la matrice agitée par ces secousses, pour celui de l'enfant qu'elle renferme.

396. Dans un temps plus avancé de la grossesse, la secousse communiquée par la main appliquée sur le ventre n'est plus nécessaire pour découvrir ce mouvement de ballottement, parce que l'enfant étant plus pesant, retombe plus vite sur le point

de la matrice, d'où le doigt introduit dans le vagin l'avoit éloigné.

397. Il vaut mieux que la femme soit debout que couchée pendant toutes ces recherches, car la situation horizontale en augmenteroit les difficultés; le corps de l'enfant s'éloignant alors du col de la matrice en raison de ce que la poitrine de la femme devient plus basse relativement au bassin. Tout le monde comprendra facilement ce mouvement de ballottement, et l'avantage de tenir la femme debout pendant qu'on cherche à l'exciter et à le reconnoître, si l'on fait attention que le fœtus, après les premiers mois, a spécifiquement plus de pesanteur qu'un pareil volume de la masse d'eau, alors très-grande, qui l'entoure; qu'il doit en conséquence occuper la partie la plus basse de la cavité de la matrice, et y retomber si l'on vient à l'en éloigner par une secousse quelconque.

398. Le ballottement dont il s'agit ne caractérise pas moins bien la vraie grossesse, que les mouvemens qui proviennent de la force musculaire de l'enfant; car celui-ci est le seul corps solide qui puisse être entouré de fluide dans la matrice et y être mu de cette manière : mais ce ballottement dans lequel l'enfant est absolument passif, ne fait pas connoître, comme ces derniers mouvemens, s'il est vivant ou mort.

De la fluctuation des eaux de l'amnios.

399. La fluctuation devroit être recherchée également et passer pour un signe positif de grossesse, puisque l'enfant est toujours entouré d'une certaine quantité d'eau : elle existe; mais, comme il s'en faut de beaucoup qu'elle soit aussi apparente au toucher que plusieurs l'ont avancé, qui osera se

flatter de la reconnoître dans les premiers mois? N'a-t-elle pas lieu d'ailleurs, dans quelques espèces de fausses grossesses, comme dans la grossesse ordinaire? et est-il un seul cas où elle doive être plus manifeste que dans l'hydropisie de la matrice?

400. Nous n'avons donc, avant les mouvemens de l'enfant, que des conjectures plus ou moins fondées en faveur de la bonne grossesse; conjectures dont la force augmente en raison de ce que nous pouvons réunir un plus grand nombre de ces symptômes rationnels qui ont fait naître des doutes sur l'état de la femme.

Signes des deux premiers mois de la grossesse.

401. Les signes que le toucher nous découvre et qui donnent lieu à ces conjectures, doivent toujours se déduire de l'état de la matrice. Dans les deux premiers mois, le corps de ce viscère s'arrondit et paroît s'enfoncer un peu dans le bassin; ce qui donne lieu à son orifice de se porter en avant et en bas, quelquefois aussi en arrière et vers le coccix. Le ventre de la femme change alors si peu, que le vulgaire pense même qu'il s'aplatit, loin de prendre plus de volume. S'il se tuméfie, cette tuméfaction ne sauroit dépendre intrinsèquement de l'augmentation de la matrice, et n'est due qu'au météorisme des entrailles. Ce météorisme cesse par la suite, et le ventre, souvent, ne paroît pas plus gros à six mois de grossesse qu'il ne l'étoit accidentellement à deux.

Signes du troisième mois.

402. Au troisième mois, le fond de la matrice, plus volumineuse, commence à refouler les intestins vers l'abdomen, et à soulever la région hypogastrique : parce qu'il se trouve manifestement au-dessus du rebord des os pubis. C'est alors que la

main commence à le découvrir aisément, lorsqu'on palpe la région dont il s'agit.

403. A cette époque, et avant, le développement de la matrice est encore si petit, qu'on est obligé de porter le doigt dans le vagin, si on veut bien l'apprécier. Il ne surpasse point assez celui qu'elle prend dans quelques cas de maladie, pour que l'Accoucheur, peu expérimenté dans l'art du toucher, n'ait point à craindre de se tromper, en l'attribuant à une cause plutôt qu'à une autre.

404. Quand ce développement dépend de la grossesse, il ne se remarque que dans le corps de la matrice, et le col n'y participe en rien; l'espèce de globe que parcourt le doigt introduit dans le vagin, et que distinguent d'ailleurs les doigts de l'autre main appliquée extérieurement au-dessus du pubis, est égal dans sa surface, et présente une sorte de souplesse. Ce corps développé par l'engorgement de son tissu, et dans un état de maladie chronique, est moins régulier, souvent inégal, et il est même un peu dur en certains endroits. Le col, pour l'ordinaire, est plus ou moins affecté du même engorgement, et plus ou moins altéré dans sa forme.

Signes du quatrième et du cinquième mois.

405. Si le toucher laisse encore dans le doute sur l'état de la femme qui se soupçonne enceinte de trois mois, l'Accoucheur qu'une expérience convenable n'a pas mis dans le cas de saisir toutes les nuances dont nous venons de parler, il ne doit rien lui laisser à désirer, après cette époque, et surtout celle de quatre mois. A ce terme, le fond de la matrice déborde le détroit supérieur de plusieurs travers de doigt. Il monte jusqu'à un pouce ou deux de l'ombilic, dans le cours du cinquième; et le

col, en s'éloignant de plus en plus de la vulve, se porte en arrière et en haut. La région hypogastrique est alors saillante, arrondie et tendue.

Signes du sixième mois.

406. Au sixième mois, la matrice s'élève au-dessus de l'ombilic, et celui-ci paroît moins enfoncé; son col commence à s'élargir du côté de sa base, et semble un peu plus souple qu'avant ce temps.

Signes du septième mois.

407. Dans le septième, ce col se raccourcit davantage, et il devient moins accessible au tact, parce qu'il s'éloigne de la vulve à mesure qu'il se développe; l'ombilic est plus saillant, et le fond de la matrice, très-élevé au-dessus de cette cicatrice, occupe une partie de la région épigastrique. C'est à ce terme que le vulgaire croit que l'enfant se retourne : si cela arrive une fois par hasard, on ne peut disconvenir qu'il ne se soit déjà retourné bien des fois avant ce moment. Cette erreur populaire est une suite de ce que la plupart des Accoucheurs ont publié sur la position primitive de l'enfant et sur la culbute.

408. Quand on consulte ces Auteurs, on distingue à peine sur quoi est fondée leur assertion; quelques-uns s'étant contentés d'admettre le mouvement de culbute, sans examiner s'ils avoient raison ou non, tandis que les autres en donnent des preuves si foibles, qu'elles ne sauroient convaincre que les esprits déjà prévenus. Ce qui nous paroît avoir contribué le plus à accréditer cette erreur concernant la culbute, est la difficulté de reconnoître la tête de l'enfant au détroit supérieur dans le sixième mois de la grossesse, tandis qu'on la distingue si aisément au septième et plus tard.

Mais combien de fois ne l'avons-nous pas rencontrée avant! et que d'observations ne portent-elles pas à croire que la tête de l'enfant occupe véritablement la partie inférieure de la matrice, dans tous les temps de la grossesse (1)!

Signes du huitième mois.

409. A la fin du huitième mois, le fond de la matrice se rapproche tellement du creux de l'estomac, chez la plupart des femmes, qu'il est difficile de juger exactement jusqu'à quel point il s'étend. Son col est presque toujours effacé, et son orifice si loin qu'on peut à peine le toucher, et qu'on est obligé le plus souvent, pour y atteindre, de porter le doigt presque à la hauteur de la symphyse sacro-iliaque, droite ou gauche.

410. Pour pénétrer aussi loin, on doit procéder au toucher de la manière suivante. La femme étant debout, le corps un peu renversé et le dos appuyé contre quelque chose de solide, on place la main de champ entre les cuisses, et l'on introduit l'index dans le vagin, de sorte que le bord radial du doigt du milieu soit couché le long du périnée et du coccix, le pouce contre le pubis, et que ces trois doigts soient à la fin très-écartés. En se conduisant ainsi, on se procure des avantages qu'on ne pourroit obtenir d'ailleurs; parce que le doigt du milieu étant appuyé sur l'extérieur du périnée et du coccix, les déprime du côté du bassin et diminue d'autant la profondeur de ce dernier; ce qui permet à l'extrémité de l'index de s'approcher beaucoup

---

(1) Voyez ce que nous pensons de la culbute, aux §. 438 et suivans.

plus près du détroit supérieur, que si l'on eût placé la main de toute autre manière.

411. Quelques Accoucheurs recommandent de faire coucher la femme, pour la toucher dans ces derniers temps; afin, disent-ils, de ramener le col de la matrice au centre du bassin, en diminuant l'obliquité de son fond; mais on ne doit rien espérer de cette précaution, et il est presque toujours impossible alors de parvenir à l'orifice s'il est très-élevé : il faut donc la toucher debout, comme nous venons de le prescrire. Souvent on est obligé de se comporter de même dans le neuvième mois, si l'on veut observer ce qui se passe du côté de l'orifice de la matrice.

Signes du neuvième mois.

412. Dans ce dernier mois de la grossesse, le col de la matrice achève de se développer; et le bord de l'orifice, dans quelques femmes, ne conserve que très-peu d'épaisseur, tandis qu'il paroît en acquérir chez d'autres. Cette espèce d'accroissement vient alors de l'engorgement œdémateux qui se remarque dans toute l'étendue du pudendum et qui s'étend au loin dans le tissu cellulaire du vagin et du col même de la matrice.

413. Il est rare que l'accouchement tarde plusieurs jours à se faire, quand le bord de l'orifice se trouve aussi mince, et souple d'ailleurs; au lieu qu'il est encore éloigné souvent d'un mois, et même de six semaines, chez les femmes en qui ce cercle est dur et épais, quel qu'en soit le diamètre, ou le degré d'ouverture. Combien de fois, en effet, l'Accoucheur n'a-t-il pas trouvé l'orifice interne de la matrice assez large pour lui permettre de porter le doigt sur les membranes, dès

le septième mois et demi de la grossesse, et même plus tôt, quoique la femme ne soit accouchée qu'au terme ordinaire ? Mais il n'est pas d'exemple que l'accouchement ait tardé si long-temps dans les autres cas.

Signes qui annoncent que le terme de l'accouchement n'est pas éloigné.

414. L'état des membranes, sur l'orifice de la matrice, nous instruit bien plus sûrement encore du terme de l'accouchement. On doit toujours le regarder comme très-prochain, lorsque les membranes se tendent et se relâchent alternativement sur cet orifice, quand le corps de la matrice se durcit momentanément, et se détend ensuite, et surtout quand cette alternative de tension et de relâchement se remarque dans le bord de l'orifice même.

415. Ces changemens doivent passer, rigoureusement parlant, pour les symptômes du premier temps du travail, puisqu'ils proviennent des efforts que la matrice fait pour se délivrer du corps qui la gêne : mais ce travail est alors si léger, que la matrice ne semble agir que pour essayer ses forces, dissiper l'engourdissement de ses fibres, et les préparer à une plus grande action.

416. Si tous ces symptômes annoncent constamment les approches de l'accouchement, ils n'indiquent pas aussi sûrement l'époque du neuvième mois ; et pour juger de celle-ci, il faut de plus faire attention au temps de la suppression des règles, à celui des premiers mouvemens de l'enfant, au volume de la matrice, à la grosseur et à la dureté de la tête qu'on distingue au toucher, etc.

417. Les douleurs que la plupart des femmes éprouvent du côté des reins, vers le fondement,

et dans la matrice même; la pesanteur incommode que les unes ressentent sur le siége, l'affaissement du ventre, les envies fréquentes d'uriner, l'écoulement d'humeur glaireuse, aqueuse, sanguinolente ou non, caractérisent moins la fin de la grossesse que les symptômes énoncés ci-dessus.

418. L'élévation du fond de la matrice, au-dessus de l'entrée du bassin, telle que nous l'avons assignée aux §. 405, 406, 407 et 409, ne peut servir à déterminer les termes de la grossesse énoncés aux mêmes paragraphes, que chez la femme qui porte son premier enfant. Nous observerons que cette partie est en général un peu moins élevée à chacun de ces termes, chez celle qui a déjà eu plusieurs grossesses; et nous ajouterons que la situation de l'enfant peut y faire naître également quelque différence, le fond de la matrice s'élevant moins quand il est placé en travers, que lorsqu'il est bien situé. On observe pareillement que le col de la matrice, en se développant dans une première grossesse, change peu de forme dans sa partie inférieure, tandis que sa base s'élargit, et que l'orifice ne s'entr'ouvre que quand le développement est parfait; mais qu'il s'ouvre beaucoup plus tôt dans les grossesses subséquentes, et que le museau de tanche reste plus gros dans les derniers mois : de sorte qu'il faut avoir de l'expérience pour ne pas se tromper, d'après de semblables signes.

419. Nous ne dirons rien ici des signes qui appartiennent exclusivement aux autres espèces de grossesses que nous avons annoncées aux §. 365 et suiv.; non plus que de l'utilité du toucher dans

un grand nombre d'autres circonstances, nous réservant d'exposer toutes ces choses ailleurs, pour ne pas interrompre la suite de vérités qui tiennent au même sujet.

CHAPITRE V.

Du produit de la Conception, ou des Substances qui forment la Grossesse.

De la nature du produit de la conception.

420. Le produit de la conception est toujours si peu de chose dans le commencement, qu'on ne peut absolument pas distinguer ce qu'il deviendra. Ce n'est qu'en se développant qu'il prend une forme et un caractère déterminés. Le plus souvent il en résulte un enfant avec ses dépendances ; quelquefois il s'en forme deux, même davantage, ou seulement une masse rougeâtre qu'on appelle Mole.

Section première.

Du Fœtus.

Des rudimens du fœtus.

421. Les rudimens du fœtus ne se montrent d'abord que sous l'aspect d'un nuage mucilagineux, au milieu d'une petite vessie remplie d'eau claire et transparente ; encore n'est-ce qu'après quelques semaines qu'il se trouve ébauché de la sorte.

Du temps où il paroît ébauché.

422. L'illustre *de Haller* assure n'avoir rien observé de semblable sur la brebis avant le dix-septième jour, et que ce n'est qu'au dix-neuvième qu'il a rencontré un fœtus muqueux, de la grosseur d'un petit ver, recourbé en manière de crois-

sant; ce qui lui a fait penser que le fœtus humain ne se formoit pas plus tôt. Les observations que la pratique m'a donné occasion de faire, s'accordent assez avec ce sentiment.

Volume du fœtus au terme d'un mois.

423. J'ai examiné avec soin plusieurs embryons dont le volume égaloit au plus celui d'une fourmi; ils étoient recourbés sur leur partie antérieure, comme le dit *de Haller*, et enveloppés d'un nuage muqueux. Considérés à l'œil nu, ils m'ont paru avoir plus de ressemblance avec l'osselet de l'ouïe, connu sous le nom de Marteau, qu'avec toute autre chose, ayant comme lui une grosse extrémité et une autre très-déliée; mais soumis à la loupe, on y découvroit tous les traits d'un fœtus parfaitement à terme. Parmi les femmes qui ont rendu ces embryons, les unes se croyoient grosses d'un mois seulement, et les autres de cinq semaines; plusieurs étoient du petit nombre de celles qui se trompent rarement sur l'instant où elles conçoivent.

Volume du fœtus au terme de six semaines.

424. J'ai vu un plus grand nombre de fœtus, de la grosseur de ces insectes connus sous le nom de Guêpes. Leur tête formoit plus de la moitié de leur volume; les yeux et la bouche étoient très-marqués; les mains et les pieds paroissoient sortir immédiatement du tronc; les bras, les cuisses et les jambes étant à peine visibles. Les uns étoient de six semaines, et les autres de sept, au rapport des femmes qui les avoient conçus.

De la capsule qui le renferme.

425. Tous ces fœtus, tant du terme d'un mois que de celui de six semaines, étoient renfermés dans une espèce de capsule membraneuse, comme spongieuse extérieurement, ou garnie d'un duvet

très-épais. Celle des premiers approchoit assez de la grosseur d'un moyen œuf de poule, et celle des autres étoit plus grosse.

426. Ces espèces d'œufs sont essentiellement formés de deux membranes; une externe, plus épaisse, et de la surface de laquelle s'élève le duvet, ou espèce de chevelure dont on vient de parler, c'est le chorion; l'autre interne, mince et transparente, appelée Amnios, laissant voir le corps du fœtus au milieu des eaux limpides qu'elle contient.

427. Ces membranes sont moins adhérentes ensemble au commencement de la grossesse, que l'extérieure ne l'est à la matrice : aussi voit-on assez souvent dans les avortemens qui se font dans les premiers temps, ces membranes se séparer l'une de l'autre, et sortir à des termes différens. Le chorion alors se déchire sur l'orifice de la matrice, et l'amnios, contenant les eaux et le fœtus, s'échappe sans se rompre; tandis que le premier n'est expulsé que quelque temps après.

428. Dans ce cas, la femme ne rend qu'une espèce d'œuf membraneux, sur lequel on ne voit pas la moindre apparence de duvet, ni de vaisseaux; et quand la membrane qui en est garnie vient à sortir, si on ne l'examine pas attentivement, on ne la prend que pour un caillot de sang, parce qu'elle est recouverte d'une couche de ce fluide, et que son tissu en est chargé partout.

429. Ce sont, sans doute, de pareilles observations qui ont fait croire à quelques-uns, que l'œuf n'étoit pas tomenteux d'abord, et que la tache *lanugineuse* ne paroissoit manifestement qu'au temps

où il avoit acquis le volume d'un œuf de poule, et le fœtus celui d'une mouche à miel (1).

Des progrès qu'on observe dans le développement du fœtus.

430. Le développement du fœtus est si lent dans le commencement, et si rapide ensuite, que la nature semble n'éprouver de difficultés que dans l'arrangement de ses premiers linéamens. Dès qu'il est ébauché, son accroissement est si sensible d'un mois à l'autre, même de quinzaine en quinzaine, qu'on y remarque des différences considérables, et si étonnantes qu'on a peine à se persuader qu'elles soient l'ouvrage d'aussi peu de temps.

431. Ces différences ne sont cependant pas absolument les mêmes dans tous les individus. On remarque, par exemple, autant de variété dans la longueur, la grosseur et la pesanteur d'un certain nombre de fœtus de cinq mois, toutes proportions gardées, que dans un pareil nombre parfaitement à terme; les uns sont plus grands, plus gros et plus pesans, les autres plus petits, plus grêles et plus légers; de sorte qu'on ne peut déterminer exactement le temps de la grossesse, par les dimensions et le poids de l'enfant, comme quelques Auteurs l'ont avancé.

De la longueur du fœtus à terme, et de sa pesanteur.

432. La longueur ordinaire d'un enfant de neuf mois est de dix-huit à vingt pouces, et les deux extrêmes de seize à vingt-deux, même vingt-trois pouces. Leur pesanteur, vérification faite des tables de *Roederer*, est de six à sept livres et demie. J'en ai vu quelques-uns du poids de dix livres ou environ, plusieurs de douze, et un seul de treize.

---

(1) *Levret*, §. 338 et 339, édit. troisième.

Celui-ci avoit plusieurs dents très-développées, et d'autres prêtes à percer; son volume étoit si grand, que j'ai peine à croire qu'il en ait existé de vingt-cinq, et même de quinze livres, comme on l'entend débiter par de bonnes femmes (1). J'en ai trouvé également à terme, qui ne pesoient que cinq livres, d'autres qui n'étoient que du poids de quatre, et plusieurs de quatre moins un quart. Ces derniers paroissent plus communs que ceux de neuf livres, et ne se développent pas moins bien après leur naissance.

433. D'après ces observations, on doit conclure qu'il y a des enfans de huit mois plus gros et plus pesans que d'autres de neuf, et *vice versâ*. Malgré cela l'Accoucheur instruit par l'expérience ne les jugera pas du même terme. Il y a toujours dans l'extérieur du fœtus de huit mois, quoique plus gros qu'un autre parfaitement à terme, un carac-

(1) L'éruption de quelques dents avant la naissance n'est pas toujours une suite du développement extraordinaire de l'enfant, ni le présage d'une meilleure constitution. De tous les enfans que leur grosseur surprenante nous a fait mettre dans la balance, celui dont il est fait mention ici est le seul qui soit venu avec des dents. Une femme d'assez foible constitution accoucha accidentellement au terme de sept mois, de deux enfans très-délicats, dont l'un avoit deux dents et l'autre trois : ils moururent dans les vingt-quatre heures. L'année suivante elle accoucha d'un autre qui avoit également des dents, et elle nous assura que tous ses enfans naissoient de même. Une autre femme eut deux enfans à deux ans de distance, qui vinrent avec deux dents incisives à la mâchoire inférieure : ils ne vécurent que quinze à dix-huit mois.

tère d'immaturité qui ne se voit pas dans ce dernier, et qu'il seroit trop long de décrire ici.

Section II.

De l'attitude et de la situation de l'enfant dans le sein de sa mère.

De l'attitude du fœtus.

434. Le fœtus est toujours recourbé sur sa partie antérieure, ayant la tête penchée sur la poitrine, les bras pliés, les cuisses et les jambes dans la plus parfaite flexion, les genoux écartés, les talons rapprochés l'un de l'autre et appliqués contre les fesses. Si on le trouve quelquefois dans une autre attitude, au moment de l'accouchement, ce n'est qu'accidentellement, et par l'effet du concours de plusieurs causes que nous exposerons dans la suite, autant qu'elles nous seront connues.

435. Cette attitude naturelle n'est pas l'effet de la gêne que le fœtus éprouve de la part des parois de la matrice, puisqu'on l'observe dès les premiers temps, où l'embryon très-petit n'occupe, pour ainsi dire, qu'un point de la cavité utérine, qui en contiendroit cinq cents et plus du même volume. Cette atttiude paroît tenir à l'individu même : c'est à-peu-près celle de l'homme adulte et de tous les animaux dans l'état de repos.

De la forme du fœtus replié sur lui-même, et de ses diamètres.

436. Le fœtus ainsi replié forme un tout à-peu-près ovoïde, dont le plus grand diamètre est de dix pouces ou environ, et le plus petit qui s'étend d'une épaule à l'autre, de quatre pouces et demi à six pouces au plus. Cette figure, qui avoit donné lieu à *Hippocrate* de comparer l'enfant à une olive

renfermée dans un flacon, est très-intéressante à connoître. En même temps qu'elle nous apprend qu'une des extrémités du grand diamètre de ce corps ovoïde doit se présenter à l'orifice de la matrice pour qu'il puisse en sortir, elle nous fait voir aussi qu'elle est la principale cause des accouchemens contre-nature, et ce qu'on doit faire en pareil cas.

437. L'on n'auroit cependant qu'une connoissance très-imparfaite de l'enfant, relativement à l'accouchement, si elle se bornoit à ces premières notions. Il faut encore connoître la structure, les dimensions de toutes ses parties principales, les mouvemens dont toutes ces parties sont susceptibles, et s'habituer à distinguer les différentes régions de la surface de cet enfant, en les parcourant de l'extrémité du doigt, si on veut se mettre en état de les reconnoître lorsqu'elles se présentent les premières à l'orifice de la matrice, et de procéder avec méthode à l'accouchement.

De la situation du fœtus dans le sein de sa mère.

438. Le peu de volume de l'enfant, relativement à la quantité d'eau qui l'entoure et à l'étendue de la cavité de la matrice, dans les premiers temps de la grossesse, semble nous annoncer qu'alors il n'a pas de situation fixe, et qu'il présente sur l'orifice tantôt une région de sa surface, et tantôt une autre. Quelques considérations sur la forme du fœtus même, jusque vers la fin du deuxième mois et demi; sur sa pesanteur spécifique, et en particulier sur celle de la tête respectivement au reste du corps; sur la longueur du cordon ombilical, et son insertion presque au bas du tronc, porteroient à croire qu'il occupe la partie inférieure de la

cavité de la matrice dans ces premiers temps, et qu'il y est couché sur le dos. D'après ces mêmes considérations, qui ne sont pas un foible argument contre la culbute, on pourroit assurer que la tête seroit constamment sur l'orifice, si l'enfant étoit suspendu au milieu des eaux par le cordon, comme quelques Auteurs l'ont dit et représenté dans leurs planches.

439. Un accoucheur qu'on a regardé comme le plus célèbre de son siècle (1), croyoit cependant que, dans l'ordre naturel et après le quatrième mois de la grossesse, l'enfant avoit le plus souvent la tête en haut, les fesses en bas et le ventre en devant; tandis que dans les derniers mois, la tête étoit en bas, les fesses en haut, et le dos sous la partie antérieure de la matrice.

Opinion des anciens et des modernes sur la situation du fœtus, et de la culbute.

440. Telle a été l'idée des Anciens sur la position de l'enfant, et telle est encore aujourd'hui celle de la plupart des modernes. S'il n'y a pas d'inconvéniens, comme quelques-uns l'ont dit, à admettre ce mouvement de culbute, nous en trouvons bien moins à le rejeter, et nous pensons que l'oubli de cette erreur, trop accréditée encore parmi les gens de l'art, pourra conduire à des vérités plus importantes.

441. On trouve de quoi combattre l'opinion dont il s'agit, dans ce que ses partisans eux-mêmes ont dit pour la faire adopter. En réfléchissant sur la position qu'ils font garder à l'enfant, tant avant qu'après la culbute, on voit qu'elle est la plus in-

(1) *Levret*, §. 426 et suiv.

commode qu'il puisse prendre, celle qu'il lui seroit le plus difficile de conserver deux instans de suite, si elle pouvoit avoir lieu fortuitement pendant un seul ; qu'elle est contraire à la structure et aux rapports des parties, ainsi qu'aux lois de la gravitation des corps.

442. Si on se rappelle l'extrême petitesse de l'enfant dans les deux premiers mois, relativement à la cavité de la matrice, le grand volume d'eau qui l'entoure, et en conséquence de ce volume d'eau, la mobilité dont il jouit, la manière dont il est recourbé sur sa partie antérieure, l'excès de la masse et du poids de sa tête sur le reste du corps, on ne pourra jamais concevoir qu'il puisse demeurer, pendant des mois entiers, accroupi et comme assis sur le bas de la matrice et au-devant de la convexité de la colonne lombaire de sa mère. Si on se rappelle en même temps la forme ovoïde que conserve la matrice malgré son développement, et celle sous laquelle cet enfant se replie de plus en plus à mesure qu'il se rapproche du terme de sa maturité, on se croira bien mieux fondé encore à penser que la tête doit occuper la partie la plus basse de la cavité de ce viscère, dès les premiers instans, puisque c'est elle qui constitue la petite extrémité du corps ovoïde que décrit cet enfant, tandis que les fesses, les cuisses, les jambes et les pieds réunis, en constituent la grosse extrémité ; comme le bas de la cavité de la matrice en forme la partie la plus étroite, et le fond la partie la plus large. La position que les partisans de la culbute donnent à la tête de l'enfant après ce mouvement extraordinaire, n'est pas moins con-

traire au rapport de sa forme avec celle des parties sur lesquelles ils la font appuyer : comment concevoir que le front, qui répond après cette culbute à la saillie du sacrum, restera contre celle-ci pendant plusieurs mois, tandis que les côtés lui présentent des espaces bien conformes à sa rondeur? On verra dans la suite combien cette position est excessivement rare au moment de l'accouchement.

443. En comparant les dimensions de la cavité de la matrice chez la plupart des femmes, avec celles du corps ovoïde que décrit l'enfant replié sur lui-même, au septième mois de la grossesse, temps où la culbute s'exécuteroit, on y trouve un nouvel argument contre ce mouvement : car on remarque que le grand diamètre de l'enfant, placé selon la longueur de la matrice, surpasse alors de beaucoup le diamètre qui va de la partie antérieure de ce viscère à sa partie postérieure, ou de l'un de ses côtés à l'autre.

444. Le plus fort des argumens qu'on puisse faire contre la culbute, est sans doute celui que fournit l'observation même. L'ouverture du cadavre, à quelque terme que ce soit de la grossesse, a fait connoître mille fois que la tête de l'enfant occupoit presque toujours la partie inférieure de la cavité de la matrice, comme c'est elle le plus souvent qui se présente à l'orifice, dans le cas d'accouchemens prématurés. Si l'on a trouvé l'enfant placé différemment, soit à l'ouverture du cadavre, soit dans l'avortement, le rapport de ces cas à ceux où la tête se présentoit, est à peu près celui qu'on observe au moment de l'accouchement, au terme de neuf mois.

445. La raison et l'expérience s'accordent donc à prouver qu'il n'y a point de culbute telle qu'on l'a supposée; que la situation de l'enfant varie à l'infini dans les premiers temps de la grossesse; qu'elle devient fixe et constante à mesure que celle-ci augmente, et qu'on ne doit en excepter que les cas où la matrice contient une très-grande quantité d'eau. Chez ces dernières femmes, l'enfant conservant toujours la mobilité qu'il avoit dans les premiers temps de la grossesse, peut se retourner de différentes manières, même pendant le travail de l'accouchement, sans cependant prendre la position indiquée ci-dessus, qu'il lui est alors d'autant plus difficile de conserver, qu'il est environné d'une plus grande quantité d'eau (1). La situation la plus naturelle de l'enfant est d'avoir la tête en bas, placée diagonalement sur l'entrée du bassin, l'occiput répondant à l'une des cavités cotyloïdes, et le front à la jonction sacro-iliaque opposée. Dans cet état, les fesses, les cuisses, les jambes et les pieds sont en haut, et inclinés

---

(1) Nous avons fait remarquer à nos élèves ces grands déplacemens de l'enfant dans le cours du travail même de l'accouchement, sur deux femmes, dont l'une étoit à terme, et l'autre au cinquième mois seulement de sa grossesse. Chez l'une, l'enfant présenta successivement et à diverses reprises, la tête, les pieds, le dos, l'épaule ou l'un de ses côtés, et offrit, à l'instant de l'ouverture des membranes, le ventre, les genoux et une anse de cordon. Il paroît que c'est pour avoir observé de pareils changemens de position, que plusieurs Auteurs ont conseillé de varier la situation de la femme, pendant le travail de l'accouchement, selon celle de l'enfant.

vers le côté de la femme où le fond de la matrice s'est porté ; de sorte que son grand diamètre coupe la colonne lombaire à angles aigus.

SECTION III.

Division de l'enfant.

Division du fœtus.

446. La surface de l'enfant pourroit être divisée en trente-quatre régions, que nous réduirons cependant à vingt-trois, relativement à notre objet. Si quelques-unes ne se présentent que rarement à l'orifice de la matrice au commencement du travail de l'accouchement, elles n'en exigent peut-être que plus de soin de la part de l'Accoucheur, qui, moins habitué à les reconnoître par le tact, pourroit les confondre avec d'autres et errer dans les conséquences qu'il en tireroit.

447. Comme il est essentiel et même indispensable d'exposer en détail ces différentes régions, dans la troisième partie de cet ouvrage, où nous traiterons des accouchemens contre nature, nous n'en dirons rien ici, afin d'éviter quelques répétitions qui pourroient paroître ennuyeuses.

De la structure de la tête et de la poitrine du fœtus.

448. De toutes les parties principales de l'enfant, considérées par rapport à l'accouchement, la tête doit passer non-seulement pour la plus solide, mais encore pour la plus volumineuse. Si la poitrine, dans son état naturel, paroît plus grande en quelque sens, sa structure est telle, qu'elle s'accommode toujours plus facilement à l'espèce de filière que lui présente souvent le bassin de la

femme : en effet, rien n'est plus mobile que la charpente du tronc du fœtus, à cause du grand nombre de pièces dont elle est formée, de leur flexibilité particulière, de leur arrangement et de la manière dont elles sont liées ensemble.

449. On remarque bien quelque chose de semblable dans la structure de la tête, puisqu'elle est également composée d'un grand nombre de pièces osseuses, qui ne sont unies que par des parties membraneuses qui leur permettent de se rapprocher ou de s'écarter un peu selon les circonstances. Aussi la tête peut-elle, au moyen de cette disposition et de la souplesse des os du crâne, se mouler en quelque façon à la figure du bassin, ainsi qu'on le remarque dans certains accouchemens difficiles. Mais il faut observer qu'en diminuant dans un sens, souvent elle s'augmente dans un autre, que ce changement de forme ne peut aller, en aucun cas, aussi loin que celui de la poitrine.

Division de la tête du fœtus.

450. Quoique la tête de l'enfant, au moment de la naissance, soit comme ovoïde, on peut cependant y distinguer cinq régions ; deux extrémités, quatre diamètres et deux circonférences.

De ses régions.

451. De ces cinq régions de la tête, deux en forment le sommet et la base ; les trois autres, les côtés et la face.

De ses extrémités.

452. L'une de ses extrémités est supérieure et postérieure ; nous l'appelons Occipitale : l'autre est inférieure et antérieure, c'est le menton. La première est plus épaisse et plus arrondie, la seconde plus étroite et plus alongée.

De ses diamètres.

453. Le plus grand des diamètres de la tête est de la longueur de cinq pouces, cinq pouces et un

quart pour l'ordinaire ; il passe obliquement de la symphyse du menton à l'extrémité postérieure de la suture sagittale : le moyen, qui est d'environ un pouce plus court, s'étend du milieu du front au haut de l'os occipital : le troisième traverse la tête du sommet à sa base ; et le quatrième d'une protubérance pariétale à l'autre. La longueur de ces derniers est assez communément de trois pouces quatre à six lignes. Il est bon de remarquer que la largeur de la tête est plus petite au-dessous des oreilles que dans le trajet indiqué (1); quoique bien des personnes, sans s'être donné la peine de l'examiner, soutiennent le contraire.

Des circonférences de la tête du fœtus.

454. La plus grande circonférence de la tête, considérée sous le rapport de l'accouchement, est à peu près de treize pouces et demi à quatorze, même quinze pouces ; l'autre n'est que de dix à onze. Celle-ci passe tranversalement sur le milieu du sommet et de la base du crâne, ainsi que sur les bosses pariétales ; et la première, sur les deux fontanelles, la face, le menton, le trou occi-

---

(1) Nous appellerons dorénavant le premier de ces diamètres l'Oblique, ou l'Occipito-mentonnier ; le deuxième, Longitudinal, ou l'Occipito-frontal ; le troisième, Perpendiculaire, et le quatrième, Transversal. Quoique le diamètre longitudinal, qu'on pourroit encore appeler Antéro-postérieur, ne soit pas le plus grand, comme nous venons de l'observer, nous prévenons que ce sera de lui qu'il sera question, lorsque nous n'emploierons que le mot de grand diamètre : comme il ne sera question que du diamètre transversal, lorsque nous nous servirons de la dénomination de petit diamètre.

pital et le tubercule du même os ; en un mot, sur les extrémités du diamètre occipito-mentonnier, et sur celles de l'un des deux plus petits diamètres.

455. Quand la tête s'alonge dans l'accouchement, c'est toujours selon son diamètre occipito-mentonnier ; de sorte que la pointe du cône qu'elle représente alors, est au-dessus de l'angle postérieur des pariétaux ; mais elle ne peut éprouver ce changement sans diminuer d'épaisseur d'un côté à l'autre, et souvent du sommet à sa base.

Des changemens qu'elle éprouve dans l'accouchement.

456. Ces changemens, toujours favorables et souvent nécessaires à l'accouchement, ont des bornes qu'ils ne peuvent passer sans danger pour l'enfant : mais ces bornes sont individuelles, et diffèrent selon le degré de souplesse dont jouissent les os du crâne, selon la largeur des sutures et des fontanelles ; de sorte qu'on ne peut les apprécier ici. Chez quelques enfans, le crâne peut s'alonger de six à huit lignes et plus dans le sens indiqué, et se réduire autant selon son diamètre transversal ; le faire, non-seulement avec facilité, mais encore sans que les fonctions du cerveau en paroissent lésées dangereusement ; tandis que chez d'autres, de moindres changemens dans la forme de cette boîte osseuse, ne pourront s'opérer qu'avec une extrême difficulté, et sans beaucoup de danger pour l'enfant.

Etat des sutures dans le fœtus.

457. Les sutures, plus multipliées dans le fœtus qu'elles ne le sont dans l'adulte, n'offrent pour ainsi dire rien, dans ce premier âge, de ce qu'elles doivent être par la suite : car les os du crâne, bien loin de se recevoir alors par ces espèces de queues d'aronde entrelacées qu'on voit dans l'homme fait,

ne sont unis partout qu'au moyen d'une substance membraneuse, et laissent entre eux des espaces, dont les plus grands sont nommés Fontanelles.

458. Les sutures les plus remarquables dans le fœtus sont la coronale, la sagittale, ou médiane, qui s'étend jusqu'à la racine du nez, la lambdoïde et les temporales ou écailleuses.

De la fontanelle antérieure.

459. La fontanelle la plus considérable est celle qui se voit à l'union de la suture coronale avec la sagittale : on la désigne sous le nom de Bregma ou de Fontanelle antérieure : sa figure est à peu près celle d'un losange. On a cru fort long-temps, et quelques-uns le pensent encore aujourd'hui, qu'elle était douée d'un mouvement pulsatif : mais ce mouvement n'existe pas, surtout avant la naissance.

460. Quand on y trouveroit quelque mouvement de cette espèce chez les enfans qui viennent de naître, pourroit-on en conclure qu'il existoit avant la naissance, la manière d'être étant si différente dans ces deux temps. L'enfant qui vient de naître respire, jette des cris plus ou moins aigus, et exerce des mouvemens de succion presque continuels. D'un côté le refoulement du sang vers le cerveau ; et de l'autre, l'action des muscles crotaphytes sur les os du crâne, dont les angles aboutissent à la fontanelle, peuvent bien y produire quelque tension alternative, et un mouvement pulsatif, qui n'existent certainement pas, et qui ne sauroient avoir lieu chez le fœtus renfermé dans le sein de sa mère.

De la fontanelle postérieure.

461. Nous appellerons aussi Fontanelle l'endroit où se joignent les sutures sagittale et lambdoïde,

quoiqu'il n'y ait presque jamais d'espace membraneux, comme à la première. Cette nouvelle fontanelle qui sera toujours désignée sous le nom de Fontanelle postérieure dans le cours de cet ouvrage, diffère essentiellement de la précédente, en ce qu'elle n'est formée que de trois angles osseux, et qu'elle n'est en quelque sorte que le point de réunion de trois branches de sutures; tandis que l'antérieure l'est de quatre angles, et qu'autant de sutures y aboutissent (1).

Des fontanelles latérales.

462. On voit à chaque extrémité de la suture coronale et de la lambdoïde, d'autres espaces membraneux, qui sont encore autant de fontanelles. Celles qui se trouvent au bas de la dernière de ces sutures sont très-apparentes au tact; mais celles de la suture coronale le sont à peine, étant cachées profondément dans les fosses temporales, et couvertes par les muscles crotaphytes.

De l'articulation de la tête, et de ses mouvemens.

463. L'articulation de la tête avec le tronc, sa situation naturelle et ses mouvemens, ne sont pas moins utiles à connoître que les choses précédentes. La première est une espèce de ginglyme qui ne permet que de très-petits mouvemens, soit en devant, soit en arrière, et sur les côtés : si la tête en exécute de plus grands sur le tronc, ils dé-

---

(1) On rencontre quelquefois, quoique bien rarement, un quatrième angle à la fontanelle postérieure, celui de l'occipital étant alors partagé en deux, et dans ce cas il y a également quatre branches de sutures qui viennent se rendre à cette fontanelle. Malgré cela elle diffère tellement de la première, qu'il est presque impossible de s'y tromper, même quand on ne pourroit les toucher toutes deux et les comparer.

pendent du mouvement combiné de toutes les vertèbres cervicales.

464. Ces mouvemens, quoique plus libres dans le fœtus que dans l'adulte, ont cependant des bornes qu'il est essentiel de bien connoître, et de ne pas surpasser dans la pratique des accouchemens difficiles; surtout celles du mouvement de pivot ou de rotation, qui dépend presque entièrement de la torsion du col. L'étendue de ce dernier est telle, que la face ne peut décrire sans inconvéniens au-delà d'un quart ou au plus d'un tiers de cercle.

De la situation naturelle de la tête du fœtus, et de la manière dont l'axe du corps la traverse.

465. La situation naturelle de la tête du fœtus et de l'enfant nouveau-né, est telle, que le menton se trouve beaucoup plus bas que l'occiput, et que l'axe du tronc passe un peu au-devant de la fontanelle postérieure, en traversant le crâne obliquement de sa base à son sommet, et de devant en arrière.

Utilité de toutes ces connoissances.

466. Si l'accoucheur doit avoir égard à la structure de la tête, à ses dimensions, à sa situation naturelle, à sa connexion avec le corps, et aux mouvemens qu'elle peut exécuter, il ne doit pas avoir une connoissance moins exacte de la composition du tronc et des extrémités, ainsi que de la direction et des bornes de leurs mouvemens. S'il y a du danger dans quelques cas à faire décrire à la tête de l'enfant un mouvement de rotation plus étendu que ne le comporte son articulation avec le col, et celle des vertèbres cervicales entre elles, il n'y en auroit pas moins en d'autres circonstances, à dépasser les bornes que la nature a mises au mouvement de rotation du corps, la tête étant supposée alors immobile. Présumant que tous ceux

qui se livrent à l'étude de l'Art des accouchemens, sont instruits suffisamment en anatomie, pour sentir toutes ces vérités, nous n'entrerons dans aucuns détails à leur sujet.

467. En rapprochant les connoissances établies jusqu'ici, tant à l'égard du bassin de la femme, que du corps de l'enfant qui doit naître, on y découvre les principes fondamentaux de l'art d'accoucher; on y entrevoit quelle doit être la marche de la nature dans le travail admirable de notre naissance, et quelles sont les règles que nous devons suivre en bien des cas, pour l'aider ou pour opérer ce qu'elle ne pourroit faire souvent sans danger pour la mère et pour l'enfant.

468. L'Accoucheur qui a bien compris toutes ces choses, aperçoit déjà qu'un enfant à terme ne peut sortir du sein de sa mère, qu'en présentant à l'orifice de la matrice une des extrémités du grand diamètre de cette espèce de corps ovoïde qu'il décrit : comment ces mêmes régions doivent se placer, et de quelle manière elles doivent avancer pour que l'accouchement se fasse plus facilement.

469. Pour que l'accouchement s'opère avec cet avantage, la tête doit se présenter diagonalement à l'entrée du bassin, l'occiput derrière l'une ou l'autre cavité cotyloïde, et le front devant et au-dessus de l'une des symphyses sacro-iliaques. Elle doit descendre en offrant de plus en plus la fontanelle postérieure, et de manière que l'occiput vienne s'engager dans la suite sous l'arcade du pubis, pendant que le front se portera du côté du sacrum, etc. Les épaules doivent subir le même déplacement, en passant du détroit supérieur à

l'inférieur ; parce que leur largeur est plus grande que le petit diamètre de ces détroits n'a d'étendue.

470. Dans les accouchemens où l'enfant s'avance en offrant les pieds, les épaules et la tête doivent encore se présenter de même aux ouvertures du bassin ; c'est-à-dire, de manière que leurs plus grands diamètres soient toujours dans le même rapport avec ceux de cette cavité ; mais la tête alors, au lieu de s'engager par son extrémité postérieure comme dans le cas précédent, doit le faire en présentant le menton, etc.

471. Cette marche dictée par le rapport des dimensions du bassin de la femme avec celles du corps de l'enfant, est aussi celle que suit la nature dans les accouchemens confiés à ses soins, comme on peut s'en assurer par l'observation.

Section IV.

Des Secondines ou Arrière-faix, et en particulier du Placenta.

Des secondines et du temps où elles se forment.

472. Sous le nom de Secondines ou d'Arrière-faix, on comprend le placenta, les membranes et le cordon ombilical : nous y ajouterons les eaux, pour avoir occasion d'en parler dans cette section.

473. Ce seroit improprement qu'on auroit désigné toutes ces parties sous le nom générique de Secondines, si l'on n'avoit eu égard qu'au temps de leur formation et de leur développement ; puisqu'elles sont formées avant le fœtus, ou du moins qu'elles ont acquis déjà une sorte de perfection dans un temps où l'ébauche de ce dernier est à

peine commencée. Cette dénomination ne leur convient donc que parce que l'expulsion s'en fait après celle du fœtus, et qu'elles sont le dernier fardeau dont la femme ait à se délivrer.

474. Si l'ordre du développement des substances qui composent la grossesse est constamment tel que nous venons de le faire observer, si les secondines existent avant que le fœtus ne tombe sous nos sens, si on les rencontre souvent sans lui, et qu'il n'ait jamais lieu sans elles, on ne peut douter qu'elles ne soient faites pour lui, et qu'elles n'aient à son égard des fonctions importantes à remplir.

475. D'après l'ordre du premier développement de toutes ces parties, il semble également démontré qu'elles ne se nourrissent que des sucs qui leur sont transmis par les vaisseaux de la matrice; au moins dans le commencement de la grossesse, où elles n'en reçoivent nullement du fœtus. Mais ces fluides doivent être très-ténus d'abord, et ce n'est qu'après un certain laps de temps que le sang de la mère peut arroser ces parties.

De la nature des secondines.

476. Les secondines, dans les premiers mois de la grossesse, ne sont pas telles que nous les trouvons à la fin : ce n'est encore, après plusieurs semaines, qu'une espèce de vessie membraneuse sur laquelle on aperçoit à peine quelque léger duvet. mais qui se recouvre bientôt d'un plus épais, au point que les membranes ne paroissent plus à nu, si l'on n'écarte pas les houppes de ce duvet. (*Voyez* §. 425.)

Du placenta.

477. Ces houppes filamenteuses et cotonneuses qui recouvrent alors les membranes partout, se

ramassent ensuite dans une étendue déterminée, et forment cette espèce de gâteau parenchymateux que nous connoissons sous le nom de Placenta; de façon qu'au terme de l'accouchement, cette sorte d'éponge ou de gâteau ne couvre au plus qu'un quart du chorion.

478. Le placenta est donc une masse essentiellement spongieuse, épaisse vers son milieu et mince sur son bord; abstraction faite des vaisseaux ombilicaux qui viennent s'y rendre. Il est de sept à huit pouces de diamètre, et de douze à quinze lignes d'épaisseur dans son centre, au terme de l'accouchement. Ses dimensions varient cependant un peu, selon la constitution de la femme, la force de l'enfant, et le lieu de la matrice où il s'est en quelque sorte greffé.

De la structure du placenta.

479. Il est formé de plusieurs lobes, unis par un tissu lamineux si fin et si délicat qu'il se déchire avec la plus grande facilité, et qu'il suffit de plier ou rouler le placenta sur lui-même pour séparer ces lobes les uns des autres, et faire paroître sa surface extérieure, ou utérine, inégale et profondément sillonnée; quoique dans l'état naturel, on n'y voie que des sillons tortueux, superficiels, couverts d'une lame membraneuse assez fine, et qui ont en cela même un peu de ressemblance avec les anfractuosités du cerveau.

Des rapports du placenta avec la matrice.

480. Presque tous les Anatomistes ont pensé qu'il s'élevoit des mamelons vasculaires de la surface du placenta, qui s'engageoient dans l'embouchure des sinus utérins, pour y pomper les fluides nécessaires au développement du fœtus, et y reporter ce qui ne pouvoit être employé à ce déve-

loppement; mais ce qu'on y trouve de plus remarquable, ce sont des cavités contiguës aux orifices de ces mêmes sinus utérins, au moyen du tissu cellulaire qui lie le placenta à la matrice. Ces cavités ne paroissent bien, il est vrai, qu'au moment où l'on sépare le placenta d'avec la matrice; car leur bord s'affaisse aussitôt, et elles n'offrent plus qu'une espèce de déchirure.

481. Par cette disposition, le sang utérin passe facilement dans les cellules du placenta, où les veines ombilicales viennent le puiser pour le porter à l'enfant, pendant que les artères du même nom y rapportent ce qui est superflu. L'expérience en effet n'a pu démontrer encore que ces vaisseaux ombilicaux s'avançassent jusque dans les sinus de la matrice, ni que ceux de la matrice se plongeassent dans le tissu du placenta, et moins encore qu'il existât des anastomoses entre ces deux systèmes de vaisseaux.

482. La surface interne du placenta ou sa surface fœtale, est tapissé du chorion et de l'amnios. Il n'est, à proprement parler, que l'expansion du tissu cellulaire de la première de ces membranes, dont les lames sont autrement modifiées et arrangées que dans le reste de son étendue: comme la substance spongieuse qui rend les extrémités des os longs plus volumineuses que le corps de ces mêmes os, n'est que le développement de toutes les fibres qui forment la substance compacte. D'où il suit que le placenta est tellement uni au chorion, qu'on ne peut l'en séparer, comme l'amnios qui s'en détache aisément.

483. On remarque sur la face fœtale du placenta

un plexus admirable d'artères et de veines, dont le centre se trouve tantôt au milieu, et tantôt sur un point de sa circonférence ou sur un autre; sans qu'on puisse absolument assigner la cause de cette variété. On a peine à imaginer ce qui a fait dire à un Accoucheur du plus grand mérite (1), que la réunion de tous ces vaisseaux se faisoit au milieu du placenta, toutes les fois que ce point répondoit au milieu du fond de la matrice; et sur son bord inférieur, lorsqu'il occupoit une région voisine de l'orifice de ce viscère. L'expérience a mille fois prouvé le contraire, et démontré que le centre de ce plexus, ou l'insertion du cordon ombilical, se trouvoit souvent au milieu du placenta, quoique celui-ci fût attaché dans le voisinage du col de la matrice; ou bien auprès du bord de cette masse, quoiqu'elle paroisse occuper la voûte supérieure de ce viscère. On peut assurer de même que le cordon s'implante également à tous les points du bord du placenta, et qu'il ne le fait pas plus souvent à celui qui est le plus près de l'orifice de la matrice, qu'à ceux qui en sont les plus éloignés.

484. Quelquefois le cordon ne s'avance pas même jusqu'au bord du placenta, et semble se terminer dans les membranes à une grande distance de là. Les vaisseaux ombilicaux s'écartent alors les uns des autres, se divisent en plusieurs branches, forment une espèce de large patte d'oie, et gagnent ainsi le placenta, après avoir parcouru isolément

(1) *Levret*, suite de ses observations sur les causes des Accouchemens laborieux, quatrième édit., pag. 177 et suiv.

plusieurs pouces d'étendue. D'autres fois nous avons vu les vaisseaux ombilicaux se séparer à une plus grande distance encore du placenta, former autour de lui, et à cette distance, dans plus de la moitié de sa circonférence, une espèce de ceinture d'où de grosses branches d'artères et de veines alloient se rendre à leur destination, comme les rayons d'une roue vont se rendre au moyen.

485. Le plexus vasculaire dont il est parlé au §. 483, sert comme de base au cordon ombilical, et n'est formé que par les branches et les ramifications des artères et de la veine qui constituent ce cordon. Les ramifications de la veine présentent comme autant de racines très-déliées qui s'élèvent de la substance même du placenta, si l'on n'a égard qu'à la direction du sang, et qui se réunissent pour donner naissance à d'autres branches plus considérables, destinées elles-mêmes à ne former qu'un seul tronc qui est la veine ombilicale. Les artères sont la continuation des iliaques primitives du fœtus ; elles se divisent et subdivisent dès qu'elles sont parvenues au placenta, dans la substance duquel elles se plongent et se perdent par des extrémités excessivement déliées. Ces vaisseaux se répandent en manière de rayons sur toute la face interne du placenta, et y forment des aréoles et des anastomoses remarquables : quelques-uns s'avancent sur le chorion et s'y ramifient de même. Non-seulement quelques branches des artères communiquent ensemble, s'unissent et se confondent, mais plusieurs d'entre elles le font aussi avec des branches veineuses : de sorte qu'il suffit en quelques cas d'injecter l'une des deux artères

ombilicales pour remplir de la même matière, quoique imparfaitement il est vrai, tout le plexus dont il vient d'être fait mention.

486. L'on ne découvre pas de valvules dans la veine ombilicale, comme il s'en trouve en d'autres veines; mais on en rencontre quelques-unes dans les artères; si ce n'est toutes les fois qu'on les recherche, du moins assez ordinairement.

Des variétés qu'on observe dans la forme du placenta.

487. Le placenta présente souvent des variétés, dont les unes ont rapport à sa conformation ou à la distribution de ses lobes; les autres à l'insertion du cordon ombilical, et au nombre d'enfans qui composent la grossesse.

488. Plusieurs des lobes dont nous avons parlé au §. 479, sont quelquefois éloignés de la masse principale, avec laquelle ils ne communiquent qu'au moyen de plusieurs gros vaisseaux et des membranes : ce qui constitue comme autant de petits placenta. J'en ai vu deux à peu près de même volume et d'égale grandeur pour un seul enfant, mais ils étoient plus petits que quand il n'y en a qu'un. D'autres fois l'un étoit au plus de la largeur du creux de la main, et l'autre beaucoup plus grand. J'en ai rencontré qui avoient la forme d'un rein, le cordon étant inséré au milieu d'une échancrure, comme le sont les uretères, etc.

489. Le placenta semble encore affecter une autre forme, quand le cordon s'implante à l'un des points de son bord, n'importe de quel côté; et on lui donne alors le nom de placenta en raquette, parce qu'il a en quelque sorte la figure de celle-ci. Si on pouvoit reconnoître toutes ses variétés avant de procéder à la délivrance, on éviteroit souvent

quelques-unes des difficultés qu'on rencontre à l'opérer, et surtout lorsque le cordon est attaché au bord inférieur du placenta. (*Voyez* §. 940.)

Du placenta des jumeaux.

490. Dans le cas de jumeaux, l'on trouve quelquefois autant de placenta isolés qu'il y a d'enfans : d'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, ils sont unis dans une certaine étendue de leurs bords, et ne paroissent faire qu'une seule masse ; mais, malgré ce rapport plus intime, il n'existe presque aucune communication entre leurs vaisseaux, ce qui peut avoir des avantages.

491. Quoique les jumeaux semblent avoir un placenta commun dans ce dernier cas, ils n'en ont pas moins chacun le leur, comme dans celui où les masses sont isolées, éloignées les unes des autres ; et ils ont de même leurs membranes très-distinctes, c'est-à-dire, leur chorion et leur amnios (1).

Lieu où s'attache le placenta.

492. Le placenta peut s'attacher indistinctement sur tous les points de la surface interne de la matrice. Le plus souvent il en occupe les régions moyennes ; rarement le milieu du fond, et plus rarement encore la partie inférieure, ou le dessus de l'orifice ; de sorte que son centre réponde au centre de ceux-ci. Il m'a paru constamment plus petit dans le cas où il étoit attaché sur le col de la matrice, sans qu'on pût attribuer cette différence au sang qui s'en étoit écoulé avant l'accouchement ; et, comme l'observe *Levret*, il est alors plus épais dans son milieu qui s'élève en forme de gros mamelon, quand il est placé sur un plan verti-

---

(1) Voyez l'article des Jumeaux, à la fin de cet ouvrage.

cal. (1). Tous les Praticiens conviennent aujourd'hui des premières vérités contenues au paragraphe précédent ; mais la plupart en ont fait la base d'une multitude d'erreurs plus ou moins préjudiciables aux progrès de l'art.

493. Ce n'est pas l'adhérence du placenta à telle ou telle région de la matrice qui détermine l'obliquité de ce viscère, ni les mauvaises positions de l'enfant, comme beaucoup d'Auteurs l'ont pensé. Cette masse, en aucun cas, ne change ni la figure de la matrice, ni la forme extérieure du ventre. Nous avons combattu une partie de ces erreurs aux §. 277 et suivans : nous tâcherons de détruire les autres dans la suite de cet ouvrage, à mesure que l'occasion d'en parler se présentera.

494. Aucuns signes extérieurs ne peuvent nous instruire sûrement, avant l'accouchement, du lieu qu'occupe le placenta ; si ce n'est lorsqu'il est sur le col de la matrice, ou tout-à-fait dans le voisinage, que le doigt peut nous le faire découvrir. Mais il est facile d'en juger après la sortie de l'enfant, en suivant le cordon jusqu'au-dessus de l'orifice, et en observant s'il descend de la partie antérieure, de la partie postérieure, ou bien de l'un des côtés de la matrice. Ce n'est qu'après la sortie du placenta qu'on peut juger de combien il étoit éloigné de l'orifice ; en faisant attention à la distance de l'ouverture des membranes du milieu de la face interne de cette masse. Comme cette ouverture répond constamment à l'orifice de la matrice,

(1) *Levret*, suite de ses observations sur la cause des Accouchemens laborieux, édit. quatrième, pag. 68.

et que celui-ci est diamétralement opposé au centre du fond de l'organe, lorsqu'elle sera également éloignée de tous les points de la circonférence du placenta, on pourra assurer que le milieu de celui-ci répondoit au milieu du fond de la matrice : plus elle sera voisine du bord du placenta, plus celui-ci se sera approché de l'orifice.

Moyens d'union du placenta avec la matrice.

495. Quelle que soit la force d'adhésion du placenta à la matrice, elle n'a lieu que par un tissu cellulaire plus ou moins dense et serré : l'on ne voit rien dans cette union de semblable à ces espèces d'engrenures dont quelques-uns ont parlé, et cette adhérence plus forte ou plus foible ne vient pas de ce que les mamelons de l'un sont plus fortement ou plus faiblement engagés dans les sinus de l'autre.

Section V.

Des membranes du fœtus.

De la membrane appelée Chorion.

496. Des deux membranes qui forment le sac ovoïde qui renferme l'enfant (*voy.* §. 426), la première, ou le chorion, est celluleuse extérieurement, surtout auprès du placenta, où l'on trouve assez souvent un peu de graisse qui la rend plus épaisse, et en quelque sorte opaque.

497. Quoique le chorion, flottant dans l'eau, paroisse extérieurement hérissé d'une espèce de duvet très-fin dans toute son étendue, l'on n'est pas en droit de penser que chaque filet soit autant de vaisseaux lymphatiques ; il semble plutôt que ce duvet n'est autre chose que le tissu cellulaire par lequel cette membrane étoit liée à la matrice :

sans qu'on puisse nier cependant qu'elle n'ait beaucoup de vaisseaux du genre dont il s'agit.

498. Le chorion ne forme point une gaîne au placenta; il passe sous cette masse, qui pourroit être regardée, ainsi que nous l'avons déjà dit au §. 482, comme l'expansion de son tissu cellulaire; si ce n'est que les fibres qui forment les lames dont cette membrane se compose, étant distribuées différemment dans le placenta, y constituent une espèce d'éponge, que les vaisseaux ombilicaux font paroître plus organisée que le reste.

499. L'on ne trouve à l'extérieur du placenta qu'un feuillet membraneux très-mince, qui ne recouvre que les sillons ou les anfractuosités dont il a été parlé au §. 479, loin d'en couvrir toute l'étendue, comme le chorion même en tapisse la face interne. Si les diverses lames dont cette membrane est formée sont assez écartées dans le voisinage du placenta, et en plusieurs endroits de sa surfàce interne, pour admettre un suc adipeux, même quelquefois en très-grande quantité, elles se trouvent si rapprochées dans le lieu qui en est le plus éloigné, qu'elles semblent n'en former qu'une seule; ce qui fait paroître là cette membrane d'un tissu plus dense et plus égal extérieurement.

De la membrane appelée Amnios.

500. L'amnios est une membrane mince et partout transparente. Sa face interne est très-lisse, et touche immédiatement aux eaux qui entourent l'enfant. Elle est unie au chorion par toute l'étendue de sa face externe, au moyen d'un tissu cellulaire extrêmement fin; de sorte cependant que

cette adhérence est plus foible encore à l'endroit du placenta qu'ailleurs, et que ces membranes se détachent très-aisément l'une de l'autre dans ce même lieu.

501. Ces deux membranes se réfléchissent sur le cordon ombilical, et l'enveloppent dans toute sa longueur. L'amnios forme toujours, à la naissance de ce cordon, un repli en manière de petite faux, dont les deux lames s'écartent très-facilement aux moindres efforts que l'on fait pour extraire le placenta; de sorte qu'il se forme là une cavité plus ou moins spacieuse, qui a pu faire croire à des Accoucheurs peu attentifs qu'il existoit dans le fœtus humain, comme dans celui de quelques brutes, une troisième membrane appelée Allantoïde. (*Voyez* §. 506.)

502. Quelques Anatomistes ont pensé que l'amnios se bornoit sur le cordon à deux doigts du placenta, comme l'épiderme du fœtus le fait près de l'ombilic; mais si on ne peut la suivre plus loin, c'est qu'elle est intimement unie et confondue avec le chorion.

503. Il ne paroît pas impossible que ces membranes puissent se désunir et s'écarter dans une certaine étendue, pendant la grossesse, pour former, comme la plupart des Accoucheurs le pensent, une espèce de poche qui se remplit alors d'une liqueur qu'ils appellent Fausses-eaux; mais cela arrive si rarement, que nous n'avons pas encore observé cette poche à l'examen de l'arrière-faix, quoique nous ayons vû, comme ces Accoucheurs, un assez grand nombre de femmes répandre parfois des flots d'eau à diverses époques de la

grossesse, sans que le terme de l'accouchement en ait été avancé.

Vices des membranes relativement à l'accouchement.

504. Les membranes sont tantôt d'un tissu très-dense et très-serré, tantôt d'un tissu très-fin et très-délicat, ou très-lâche. Dans le premier cas elles peuvent retarder l'accouchement, en résistant trop long-temps aux efforts qui tendent à l'opérer. Dans le second, en se déchirant trop tôt, elles peuvent le rendre plus pénible et plus laborieux; non pas, comme le pense le vulgaire, parce qu'il se fait à sec, mais pour d'autres raisons que nous ferons connoître dans la suite (1).

505. L'extrême ténuité des membranes peut également donner lieu à l'accouchement prématuré, chez les femmes dont l'orifice de la matrice s'ouvre de très-bonne heure, et surtout chez celles qui ont eu déjà plusieurs enfans; parce que trop foibles alors pour supporter le poids de la colonne de fluide qui presse dans cet endroit, elles se déchirent et lui permettent de s'écouler, quelquefois très-longtemps avant la maturité de la grossesse. Des exemples se présentent en foule à l'appui de ce que nous avançons à ce sujet.

De la membrane Allantoïde.

506. On trouve dans les animaux, dont l'ouraque est ouvert dans toute son étendue, une troisième membrane, placée entre celles dont nous venons de parler, et qu'on nomme Allantoïde: mais elle n'a pas la même étendue chez tous. Dans les uns, elle n'égale qu'une très-petite portion de l'amnios; en d'autres, à-peu-près la moitié, et en

(1) Voyez §. 627 et suivant.

plusieurs la totalité de cette membrane : l'usage qu'on lui attribue est de servir de réservoir à l'urine, jusqu'au moment de la naissance de ces animaux.

507. On ne voit rien de semblable dans le fœtus humain, quoique plusieurs Anatomistes assurent avoir trouvé et préparé cette membrane : mais quelques exceptions ne détruisent pas la règle générale. Nous l'avons recherchée sur un grand nombre d'arrière-faix, et à tous les termes de la grossesse, sans en avoir trouvé les moindres vestiges. A quoi serviroit une pareille poche, dans le fœtus humain, si au terme de la naissance, et même long-temps avant, l'ouraque n'est que ligamenteux? (*Voyez* §. 513.)

508. Quelques Anatomistes font encore mention d'une autre membrane, qu'on pourroit regarder comme le produit de la conception, si elle existoit véritablement et séparément des deux premières dans tous les temps de la grossesse : on la nomme Decidua. Il faut en voir la situation et les rapports, tant avec la matrice qu'avec les autres membranes, dans les tables de *Guillaume Hunter,* le premier qui en ait parlé bien clairement. Cette membrane ne paroît exister manifestement que dans les premiers mois de la grossesse, et est plus remarquable vers le bas de la matrice que partout ailleurs. Elle s'identifie tellement avec le chorion, dans les derniers temps, qu'on ne la retrouve plus distinctement. Nous ne l'admettons en aucun temps comme une membrane particulière, mais seulement comme un composé de plusieurs lames du chorion.

Section VI.

Du Cordon ombilical.

Structure du cordon ombilical.

509. Le cordon ombilical est connu de tout le monde, mais sa structure ne l'est pas également. Il est formé de deux artères, et d'une veine dont le diamètre est plus considérable que celui des premières. Cette structure n'est cependant pas constante, puisqu'on n'a trouvé quelquefois qu'une seule artère dans le cordon.

510. Ces vaisseaux, dont l'origine est connue d'après le §. 485, se contournent l'un sur l'autre, à-peu-près comme les brins d'osier qui forment l'anse d'un panier; mais tantôt ce sont les artères qui rampent autour de la veine, comme la branche de lierre sur le tronc de l'arbre, et tantôt la veine qui en fait autant à l'égard des artères. Souvent aussi cette veine se replie sur elle-même, et forme des espèces d'anses plus ou moins alongées, ou des espèces de nœuds qui sont sujets à devenir variqueux. Ces vaisseaux se trouvent étroitement liés par le tissu cellulaire du chorion, et ne jettent aucune branche dans la longueur du cordon.

511. Ils se divisent et subdivisent sur la face interne du placenta, pour former le plexus dont nous avons parlé au §. 483; et ils s'écartent les uns des autres à la partie postérieure de l'anneau ombilical. La veine monte, en suivant la grande faux du péritoine, vers la scissure du foie, pour se plonger dans le sinus de la veine-porte; et les artères descendent vers les parties latérales du

bas-fond de la vessie, d'où elles se recourbent du côté des artères iliaques, dont elles sont presque toujours la continuation.

Du canal veineux.

512. La veine ombilicale, en s'approchant du sinus de la veine-porte, se divise quelquefois en deux branches, dont l'une connue sous le nom de Canal veineux, va se rendre dans la veine-cave inférieure. Quand cette bifurcation ne se fait pas ainsi, le canal veineux prend naissance du sinus même de la veine-porte; et c'est ce qu'on observe le plus souvent.

De l'ouraque.

513. Une autre espèce de cordon s'élève du sommet de la vessie vers l'ombilic du fœtus où il se termine; c'est l'ouraque dont nous avons déjà parlé au §. 506. Il est presque toujours ligamenteux dans toute sa longueur, et n'offre aucune cavité à quelque terme qu'on l'examine.

Le cordon n'a point de nerfs.

514. On ne découvre point de nerfs très-apparens dans le cordon, non plus que dans le placenta et les membranes; aussi ces parties sont-elles insensibles.

Du lieu où le cordon se sépare de l'enfant après sa naissance.

515. Le chorion et l'amnios fournissent une gaîne commune aux trois vaisseaux ombilicaux; et la peau du fœtus s'avance d'environ un travers de doigt sur le cordon, mais en s'amincissant de plus en plus. C'est toujours dans l'endroit où elle se borne que le cordon se détache de l'ombilic, n'importe à quelle distance il en ait été lié et coupé après la naissance de l'enfant.

De la longueur du cordon.

516. La longueur du cordon varie beaucoup: mais elle est communément de vingt à vingt-deux pouces. Les deux extrêmes que nous y avons remarqués ont été de six à quarante-huit pouces:

mais on a vu un autre cordon de cinquante-sept pouces, formant sept tours entiers sur le col de l'enfant (1).

517. Quand le cordon est beaucoup plus long qu'à l'ordinaire, il peut non-seulement se contourner sur le col de l'enfant ou sur d'autres parties, mais encore se nouer sur lui-même, comme on l'a très-souvent observé, sans que ces nœuds cependant puissent occasionner la mort de l'enfant, ainsi que plusieurs Accoucheurs l'ont avancé, ni même influer sur son développement au point de le faire paroître plus petit au moment de la naissance.

518. Quelques-uns se forment pendant la grossesse, et même de très-bonne heure; mais il est aussi des cas où le cordon ne se noue qu'à l'instant où l'enfant sort du sein de sa mère : il est facile, dans l'un et l'autre cas, d'expliquer le mécanisme de leur formation. Quel que soit le temps où ils se forment, ils ne peuvent se serrer assez étroitement avant l'accouchement, pour s'opposer au cours du sang dans les vaisseaux ombilicaux : la raison en est si évidente, qu'il paroît inutile de la rapporter ici.

519. Si cette vérité est incontestable, il faut attribuer à une autre cause qu'à ces nœuds, la mort de l'enfant qu'on a vu naître avec le cordon noué, ainsi que la délicatesse et la foiblesse de plusieurs autres. Quand le cordon se noue d'un vrai nœud, dit *Levret*, l'enfant périt avant terme, ou bien il

---

(1) M. *L'Héritier*, maître en Chirurgie, a été témoin de ce fait à l'Hôtel-Dieu de Paris.

naît du moins fort émacié. (*Voy.* l'Art des Accouchemens, §. 305.) Cette opinion que plusieurs Accoucheurs avoient eue avant *Levret*, et que quelques-uns ont adoptée depuis, n'a pu provenir d'une observation suivie. Huit ou dix exemples et bien plus, d'enfans nés robustes au moment de leur naissance, quoiqu'il y eût un nœud au cordon, nous paroissent suffisans pour infirmer une pareille opinion.

520. Non-seulement un simple nœud du cordon ne sauroit influer sur le développement de l'enfant; mais il peut s'y en former plusieurs avec aussi peu d'inconvéniens : en quelques cas où nous en avons trouvé deux, l'enfant étoit aussi gros que de coutume.

521. Un simple nœud, même plusieurs à une certaine distance l'un de l'autre, ne présentent rien qu'on ne sache expliquer, comme nous l'avons dit au §. 518; mais l'on ne conçoit pas aussi clairement comment le cordon peut se nouer jusqu'à trois fois dans le même endroit, et s'entrelacer en manière de natte, comme on le voit sur la planche VII. Ce fait nous a paru si extraordinaire, que nous avons cru devoir faire graver la pièce, pour en donner une idée à ceux qui ne sont point à même de la voir en nature (1) : nous la conservons dans l'esprit-de-vin. L'enfant dont le cordon étoit noué de cette manière, pesoit au moins sept livres, et étoit très-bien portant (2). Le triple nœud étoit

(1) Voyez planche VII, fig. II, III et IV.
(2) Cet enfant est né le 14 mai 1786.

environ à un pied de l'ombilic, et aussi serré que puisse l'être aucun autre nœud en pareil cas : le cordon, long de trente-six à trente-sept pouces, formoit en outre deux circulaires sur le col de l'enfant.

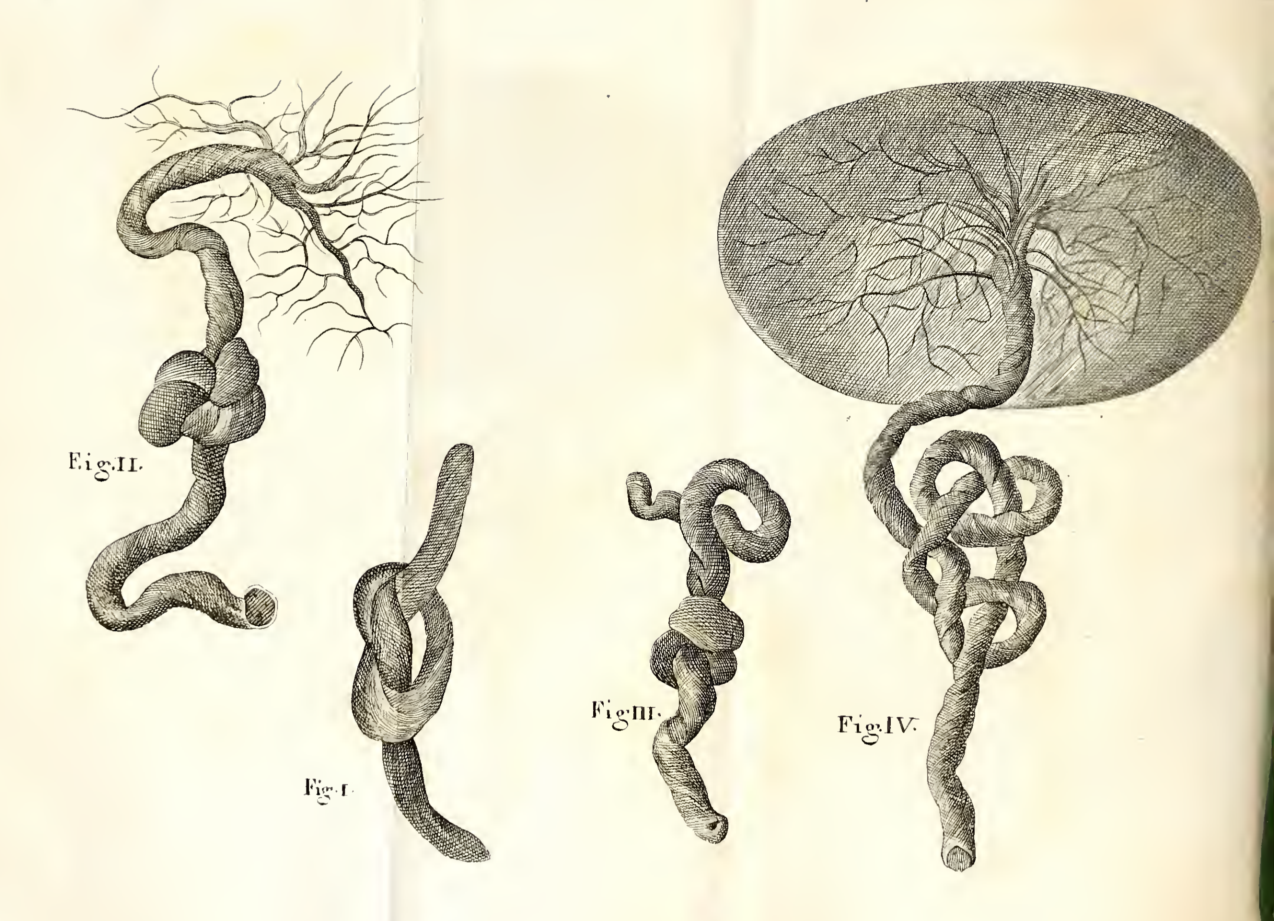
523. Le peu de longueur du cordon, soit naturelle, soit dépendante de son entortillement sur le col ou sur d'autres parties de l'enfant, ne peut mettre aucun obstacle à l'accouchement, avant que la tête ne soit dehors, quoiqu'on ait pensé le contraire ; mais après la sortie de celle-ci, les circulaires qui entourent le col peuvent se serrer assez, si l'on n'y fait attention, pour comprimer les vaisseaux jugulaires et donner lieu au gonflement et à la lividité du visage. Il peut aussi en résulter quelques inconvéniens pour la femme, soit avant, soit pendant l'accouchement : comme le tiraillement et le décollement du placenta, la rupture même, partielle ou totale, du cordon. Il faut à la vérité, pour que ces accidens aient lieu, que la matrice contienne beaucoup d'eau et que l'enfant puisse y faire de grands mouvemens.

524. Nous ne connoissions aucun exemple, dont on ne puisse douter de la réalité, de la rupture du cordon, soit en totalité, soit en partie, avant le terme de l'accouchement, quoique *Levret* et autres en eussent cité plusieurs ; mais nous sommes certains aujourd'hui, d'après notre expérience même, que cette rupture peut avoir lieu, et qu'il peut en résulter un épanchement considérable de sang, dans la cavité même des membranes. (*Voy.* §. 1084.)

De la gros-

525. L'épaisseur du cordon varie beaucoup :




Fig. II.
Fig. I.
Fig. III.
Fig. IV.

quelquefois il est très-grêle, et d'autres fois très-gros : sa grosseur, dans ces derniers cas, dépend bien moins de celle des vaisseaux que de l'engorgement de son tissu cellulaire. Ce même tissu peut se putréfier sans que les vaisseaux ombilicaux en soient altérés : d'où l'on voit que des enfans peuvent naître vivans, quoique le cordon soit putréfié.

seur du cordon.

Explication de la septième Planche.

Fig. I. Nœud simple du cordon ombilical.

Fig. II. Nœud composé dont il est parlé au §. 521.

Fig. III. Le même nœud, vu sous une autre face.

Fig. IV. Le même nœud dans son état de développement.

SECTION VII.

Des eaux de l'amnios.

526. Les eaux contenues dans la cavité de l'amnios, sont pour l'ordinaire claires et sans odeur désagréable; quelquefois blanchâtres, comme laiteuses, et chargées de flocons d'une matière qui paroît caséeuse; ou elles sont bourbeuses, épaisses comme une bouillie limpide; tantôt d'une couleur grisâtre, tantôt verdâtre ou brunâtre, et d'une odeur singulièrement fétide (1).

Des eaux qui entourent le fœtus.

(1) Elles étoient grisâtres et d'une consistance de boue, chez une femme qui accoucha dans mon amphithéâtre, et elles exhaloient une odeur si forte et si désagréable, qu'on ne put rester auprès du lit.

De leur nature.

527. Dans l'état naturel, ces eaux ont tous les caractères de la liqueur du péricarde, de la plèvre et du péritoine; étant lymphatiques comme cette dernière et légèrement grasses au toucher. Elles exsudent des membranes par un mécanisme absolument semblable à celui par lequel l'humeur péricardine est versée dans la poche où on la trouve.

De leur source.

528. Il est sans doute bien moins raisonnable de croire que ces eaux viennent de la transpiration du fœtus, et qu'elles contiennent une partie de ses urines, que de supposer des glandes dans le placenta pour les filtrer, ou des anastomoses entre les vaisseaux lymphatiques utérins et ceux du chorion; quoiqu'aucune de ces sources ne les fournisse.

529. Ce qui prouve le plus qu'elles ne viennent pas du fœtus, c'est qu'on en trouve avant qu'il ne tombe sous les sens, et qu'elles sont déjà très-abondantes dans un temps où il est encore très-petit. Ajoutez à cela que le sac membraneux qui tapisse la plupart des moles en est toujours rempli.

530. La couleur de safran qu'on leur a remarquée dans une femme qui avoit fait usage de cette substance (1), et la propriété qu'elles ont de blanchir le cuivre dans celles qui ont reçu des frictions mercurielles, pendant la grossesse (2), démontrent qu'elles sont fournies par les vaisseaux de la matrice, et qu'elles viennent de la mère.

Des vraies et des fausses eaux.

531. La plupart des Accoucheurs en distinguent de deux espèces : les unes sont contenues dans l'am-

---

(1) Le baron *de Haller*, Traité physiol. sur la génér.
(2) *Levret*, l'Art des Accouchemens, §. 320.

nios, et les autres, selon eux, s'amassent entre cette membrane et le chorion, ou bien entre celui-ci et la matrice. Ils appellent ces dernières Fausses eaux; et ce sont elles, disent-ils, que bien des femmes rendent quelque temps avant l'accouchement. Ces Accoucheurs ne seroient-ils pas dans l'erreur; et les eaux dont il s'agit viendroient-elles réellement de ces kistes particuliers qu'on a supposé dépendre de l'écartement des membranes? Nous pensons que, le plus souvent au moins, elles viennent de la cavité de l'amnios même, et qu'elles s'écoulent par transsudation à travers les pores de cette membrane et du chorion.

532. Quoique la source des eaux de l'amnios ne se tarisse pas dans aucun temps de la grossesse, elles sont cependant moins abondantes relativement au volume de l'enfant, dans les derniers mois, qu'au commencement: mais leur quantité absolue est plus grande aux approches de l'accouchement qu'en aucun autre temps, excepté chez les femmes qui en perdent comme nous venons de l'annoncer.

De la quantité des eaux.

533. Rien ne varie davantage que cette quantité absolue des eaux de l'amnios: quelques femmes en versent à peine une chopine (1), même un demi-setier, au moment de l'accouchement, tandis que d'autres en répandent plusieurs pintes.

534. Elles nuisent beaucoup moins par leur abondance que par leur défaut, soit à la mère, soit à l'enfant; car les grossesses les plus douloureuses et les plus incommodes, sont celles où ce fluide

(1) Une livre.

manque : l'on ne doit en excepter que le cas où ces eaux sont en si grande quantité, qu'il paroît y avoir hydropisie de matrice plutôt qu'une grossesse ordinaire.

De l'usage des eaux.

535. On les regarde comme l'un des instrumens que la nature emploie pour opérer la dilatation de la matrice pendant la grossesse, et pour en ouvrir l'orifice dans le temps de l'accouchement. Leur qualité lymphatique a fait penser aussi qu'elles étoient propres à la nutrition du fœtus. (*Voyez* §. 537 et suiv.) Elles facilitent ses mouvemens, elles les rendent moins incommodes et moins douloureux pour la mère, et diminuent pareillement l'impression trop vive qu'auroient pu faire les corps extérieurs sur l'enfant. Enfin on a dit qu'elles étoient un des agens de la première inspiration, et qu'elles servoient à rafraîchir le sang du fœtus, ce qui est assez difficile à comprendre (1).

SECTION VIII.

De la manière dont l'enfant se nourrit durant la grossesse.

Opinion des Auteurs sur la manière dont l'enfant se nourrit dans le sein de sa mère.

536. Tous les Physiologistes conviennent que le fœtus tire sa nourriture de sa mère, mais ils ne sont d'accord ni sur la nature des fluides qu'il en reçoit, ni sur la manière dont elle les lui transmet. Les uns pensent que ces fluides ne sont que des sucs blancs, et les autres que c'est du sang.

On a cru que l'enfant suçoit dans le sein de sa mère.

537. Le penchant de l'enfant nouveau-né pour

(1) *David*, Traité sur la Nutrition.

la succion, et la faculté qu'il a de l'exercer à l'instant même de sa naissance, avoient fait croire à quelques-uns parmi les anciens, qu'il suçoit certains tubercules de la matrice; et l'analogie qu'on a cru trouver dans la suite entre la liqueur contenue dans l'estomac de ces enfans et les eaux de l'amnios, a fait penser qu'ils se nourrissoient de celles-ci.

Quelques-uns ont pensé qu'il avaloit les eaux de l'amnios, d'autres qu'il les absorboit.

538. Tous ceux qui sont dans l'opinion que l'enfant se nourrit des eaux de l'amnios, ne pensent pas de même sur la manière dont il reçoit cette nourriture; les uns assurent que c'est par la voie de la déglutition, et les autres par celle de l'intussusception. On a tort, dit un homme célèbre dont le nom sera transmis à la postérité la plus reculée (1), de croire que le fœtus puisse se nourrir par les pores, et de nier qu'il avale la liqueur de l'amnios; tandis qu'un autre (2), dont l'autorité peut être également citée, assure qu'il est permis de douter de la réalité de cette dernière fonction, et qu'on ne peut s'empêcher d'admettre l'intussusception : qui croira-t-on?

539. En examinant attentivement les raisons qu'on apporte en faveur de l'une et l'autre opinions, l'on voit qu'elles ne peuvent être admises, et surtout celle où l'on prétend que le fœtus se nourrit par la bouche, en avalant les eaux de l'amnios. Aucune expérience ne le démontre, et en admettant que la liqueur contenue dans l'estomac soit parfaitement semblable à celle-ci, on ne

(1) Le baron *de Haller*.
(2) *Levret*, Elémens sur l'Art d'accoucher, §. 320.

pourroit encore en inférer qu'elle sert de nourriture à l'enfant, et qu'il en use comme nous usons des alimens. On ne seroit pas mieux fondé à soutenir cette opinion, quand on verroit l'enfant rejeter véritablement de la liqueur de l'amnios, par le vomissement au moment de sa naissance, comme il en rejette en effet quelquefois. Plusieurs en ont vomi quelques gorgées en notre présence, et quelquefois même mélangée de sang ou de méconium : les uns immédiatement après leur naissance, et les autres dans les premières heures : les parens, dans ces derniers cas, nous rappelant promptement au secours de leurs enfans. Plusieurs fois aussi nous avons été obligés de vider la bouche de l'enfant qui étoit pleine de glaires sanguinolentes, de sang pur, ou de méconium; et de la laver, au moyen d'un pinceau de linge trempé dans l'eau tiède.

540. L'enfant avoit-il avalé, avant ou après sa naissance, les eaux de l'amnios que nous lui avons vu rejeter, tantôt pures et tantôt mélangées de sang ou de méconium? les avoit-il puisées à dessein d'y trouver un aliment, ou bien avoient-elles été poussées accidentellement dans sa bouche? Il est facile de répondre à toutes ces questions, quand on connoît l'espèce de frottement que la face éprouve à mesure que la tête se dégage; la direction que les forces expultrices impriment aux fluides que contient encore la matrice dans le dernier moment du travail; et la grande aptitude de l'enfant pour la succion et la déglutition aussitôt qu'il est né. C'est accidentellement que ces fluides, souvent mélangés, sont poussés dans la bouche; c'est toujours dans le dernier temps du

travail de l'accouchement qu'ils y pénètrent; et c'est par une suite de l'aptitude dont nous venons de parler qu'il en passe dans l'estomac, immédiatement après la naissance.

541. Les objections qu'on a faites contre l'opinion qui admet que le fœtus se nourrit par intussusception, ou par la voie de l'absorption, ne paroissent pas aussi bien fondées que celles qui se sont élevées contre la déglutition. Il est certain qu'il peut absorber une partie du fluide dans lequel il est plongé, et que celui de l'amnios a quelques propriétés nutritives : mais est-ce là la grande voie de nutrition? ce que l'enfant puise de cette manière suffiroit-il à son développement dans un temps quelconque de la gestation? Les preuves négatives sont trop évidentes pour les exposer ici.

Le fœtus tire sa nourriture par le cordon.

542. Il est bien plus certain que le fœtus tire sa nourriture par le cordon ombilical, que par toute autre voie; et les preuves en sont si claires, que personne n'oseroit les contester; mais la même variété d'opinions existe également sur la nature des fluides qui lui sont transmis par ce canal.

543. La difficulté de faire passer les injections, même les plus ténues, des vaisseaux utérins dans ceux du placenta, et *vice versâ*, l'humeur laiteuse qu'on a vu s'écouler des cotylédons qui tiennent lieu de placenta chez les animaux ruminans, ainsi que l'extrême délicatesse des vaisseaux de l'embryon dans les premiers temps, ont fait croire au plus grand nombre des Physiologistes que l'enfant ne recevoit de sa mère que des sucs blancs.

544. C'est le fœtus, dans cette hypothèse, qui forme son sang, comme on le voit dans le poulet.

En admettant que cela se fasse ainsi à l'égard du sang qui circule dans ses propres vaisseaux, parmi lesquels nous comptons ceux du placenta, d'où vient celui qui remplit abondamment les cellules de cette masse dans les premiers temps de la grossesse, où le fœtus n'est encore qu'une espèce de gelée tendre et délicate, à peine apparente à la vue, ainsi que celui dont on trouve cette masse si gorgée, dans les cas où on lui donne le nom de Mole? Ce sont sans doute de pareilles observations qui ont fait croire aux uns que le placenta étoit l'organe de la sanguification chez le fœtus; et aux autres, que la mère lui transmettoit du sang tout préparé.

545. On ne peut raisonnablement nier le passage du sang des sinus utérins dans les cellules du placenta. Celui qui les remplit avant que l'embryon ne soit pour ainsi dire ébauché, et dans les cas même où il n'existe pas; ainsi que les pertes qui suivent le décollement de cette masse d'avec la matrice dans tous les temps de la grossesse, le démontrent clairement. Mais il est permis de douter que ce sang parvienne jusqu'au fœtus dès les premiers momens de la grossesse, à cause de son extrême petitesse, et de la grande disproportion qui doit exister alors entre les racines de la veine ombilicale, et le volume des globules rouges.

Réservoir où les veines ombilicales puisent les fluides destinés à la nutrition du fœtus.

546. C'est dans le placenta même que ces racines veineuses viennent puiser les fluides nécessaires au développement du fœtus, et non pas dans les sinus utérins. Si elles n'y pompent d'abord que des sucs blancs et ténus, elles y puisent dans la suite le sang chargé de ces mêmes sucs nutritifs; comme les

veines honteuses et spléniques reprennent le sang épanché dans le tissu caverneux de la verge et de la rate (1).

547. Il est bien vrai que le sang de la mère ne passe point immédiatement des artères utérines dans les veines ombilicales ; et que celui du fœtus, rapporté par les artères qui accompagnent ces veines, ne se rend pas plus directement dans les veines de la matrice : il n'y a point d'anastomoses entre ces deux genres de vaisseaux ; mais il s'y rencontre des cavités où le sang arrive de part et d'autre.

548. Ces réservoirs sont les sinus utérins, contigus aux cavités celluleuses du placenta dont nous avons fait mention plus haut. Les artères utérines y versent le sang de leur côté, comme les artères ombilicales le font du côté du placenta ; et les

(1) La circulation du sang de la mère au fœtus, et du fœtus à la mère, nous paroît tellement hors de doute, malgré les nombreuses expériences et les observations multipliées, d'après lesquelles plusieurs Physiologistes la rejettent encore aujourd'hui, que nous ne pouvons nous empêcher de l'admettre. Elle nous paroît démontrée par quelques-unes de ces expériences, de ces observations mêmes, et par un bien plus grand nombre d'autres. Cette circulation est si évidente, que les partisans de l'opinion contraire n'ont pu s'empêcher de l'admettre tacitement, comme on peut s'en convaincre par la lecture de leurs ouvrages. Nous sommes fâchés que les bornes du nôtre ne nous permettent pas de discuter amplement ce point de physiologie, qui a fait constamment le sujet de plusieurs de nos leçons dans chaque cours d'accouchement, tant il nous a paru intéressant.

veines du même nom viennent l'y reprendre, les unes pour le reporter dans la masse générale des humeurs de la femme, et les autres pour le conduire au fœtus.

SECTION IX.

De la circulation du sang dans le fœtus.

De la circulation du sang du fœtus.

549. Le sang puisé par les racines de la veine ombilicale dans le tissu caverneux du placenta, est versé dans le sinus de la veine-porte, où il se mêle avec celui que cette veine a reçu d'ailleurs, et de là il passe dans la veine-cave inférieure, tant par le canal veineux que par les veines hépatiques, pour être transmis aussitôt dans l'oreillette gauche du cœur, par le trou de Botal, conjointement avec le sang qui revient des extrémités inférieures et de quelques-unes des parties du bas-ventre et de la poitrine : tandis que l'oreillette droite reçoit de la veine-cave supérieure celui qui revient de la tête et des extrémités supérieures (1).

550. L'oreillette gauche pressant le sang qu'elle a reçu de la veine-cave inférieure et des veines pulmonaires, le détermine à entrer daus le ven-

(1) Nous pensions avec beaucoup d'Auteurs, lors de la première édition de cet ouvrage (*), que le sang des deux veines-caves étoit versé dans l'oreillette droite, d'où il passoit en partie dans le ventricule droit, et en partie dans l'oreillette gauche ; mais, d'après de nouvelles re-

(*) Première édition, §. 509.

tricule gauche ; comme l'action de l'oreillette droite pousse dans le ventricule du même côté, celui qu'elle a reçu de la veine-cave supérieure : et ces deux ventricules le renvoient de nouveau dans toutes les parties du corps, et au placenta même.

551. Le ventricule gauche le distribue partout sans exception, et dans le poumon même ; puisqu'il n'est aucune partie qui ne reçoive ses artères de l'aorte et de ses principales divisions : mais le ventricule droit chez l'adulte ne le distribue qu'aux poumons.

552. Chez le fœtus, le sang chassé par la contraction du ventricule droit, se partage en trois colonnes presque aussitôt qu'il en est sorti ; et de ces colonnes, les deux plus petites vont au poumon, tandis que la principale est transmise dans l'aorte inférieure par le canal artériel. Cette dernière colonne communique au sang qui a été poussé dans l'aorte par l'action du ventricule gauche, toute l'impulsion qu'elle a reçue elle-même de la force contractile du ventricule droit : de sorte que ce fluide circule dans l'aorte inférieure et dans toutes ses divisions, par la force impulsive des deux ventricules.

553. Le cercle du sang porté par l'aorte inférieure s'étend au moins jusque dans le tissu caver-

---

cherches auxquelles nous avons été conduits par la lecture du Mémoire de M. *Sabatier*, sur les organes de la circulation du sang dans le fœtus, nous adoptons ici une opinion différente. (*Voyez* Anatomie de M. *Sabatier*, nouv. édit., tom. III.)

neux du placenta, puisqu'une partie de ce fluide y est ramenée par les artères ombilicales. Celles-ci, après en avoir transmis une quantité plus ou moins grande dans les veines du même nom, au moyen des communications immédiates qui existent entre elles, versent le reste dans les cellules du placenta et les cavités contiguës aux sinus utérins : là, il se mêle à celui de la mère, il répare les pertes qu'il a faites en circulant dans le fœtus, il subit une nouvelle élaboration, puis il revient à l'enfant, chargé de nouvelles parties nutritives.

554. La circulation du sang, de la matrice au placenta, de celui-ci au fœtus, *et vice versâ*, se fait de cette manière jusqu'au moment de l'accouchement ; mais elle éprouve alors des changemens surprenans, dont les uns dépendent de la contraction et du resserrement de la matrice, et les autres, de la respiration qui s'établit chez l'enfant aussitôt qu'il est sorti du sein de sa mère.

Section X.

Des changemens que produit le travail de l'Accouchement dans la circulation qui se fait réciproquement de la mère à l'enfant ; et de ceux qui dépendent de la respiration, au moment de la naissance même.

Des changemens qu'éprouve cette circulation pendant le travail de l'accouchement.

555. La compression qu'éprouvent les artères de la matrice et le changement qui arrive dans leur direction, pendant que ce viscère s'efforce d'expulser l'enfant et se resserre sur lui-même, sont tels que le sang arrive en plus petite quantité

et par un mouvement beaucoup plus lent qu'auparavant, dans les sinus utérins; et que ces sinus en transmettent moins dans les cellules du placenta, alors affaissées par la compression que cette masse subit elle-même contre le corps de l'enfant.

Du premier temps du travail.

556. La diminution des hémorragies utérines, pendant chaque contraction de la matrice ou chaque douleur de l'enfantement, et surtout après l'évacuation des eaux de l'amnios; leur cessation après l'accouchement, lorsque la matrice se durcit et se resserre sur elle-même par son action de ressort, confirment assez cette vérité importante, pour nous dispenser d'en rapporter d'autres preuves.

Dans le second temps du travail.

557. Le retard qu'éprouve le mouvement du sang dans les artères utérines, pendant le travail de l'accouchement, est non-seulement en raison de la force et de la durée de chaque contraction de la matrice, mais encore de la réduction de ce viscère sur lui-même : c'est pourquoi ce retard est moins sensible dans les premiers temps du travail que dans le second, et beaucoup moins encore dans celui-ci que dans le troisième, et qu'après la délivrance. C'est sur ces observations que porte le précepte d'exciter les douleurs de l'enfantement dans le cas de perte abondante; d'ouvrir la poche des eaux pour donner lieu au resserrement de la matrice sur elle-même; et d'opérer l'accouchement, si la perte continue malgré ces premiers secours. Mettre ce précepte en pratique, c'est avouer les vérités énoncées ci-dessus, et dont le développement, sans être superflu, nous mèneroit trop loin. (*Voyez* §. 224 et suiv.)

558. Ce n'est pas seulement dans le système vasculaire de la matrice que le mouvement du sang est retardé ou suspendu pendant les efforts de l'accouchement, c'est aussi dans celui du placenta et du fœtus même. La compression du placenta sur le corps de l'enfant, et l'affaissement de ses cellules, toujours proportionnés à l'intensité de la contraction de la matrice, ne lui permettent pas de recevoir autant de sang qu'auparavant, soit qu'il vienne de la mère, soit qu'il vienne de l'enfant. Celui de la mère, qui aborde difficilement dans les sinus utérins lorsque les eaux de l'amnios sont évacuées et que le travail est dans sa plus grande force, en est repris presque entièrement par les veines qui y communiquent, et celui de l'enfant, qui avoit coutume d'être versé dans les cellules du placenta, passe des artères dans les veines ombilicales, au moyen de leurs communications, et revient à cet enfant pour la première fois, tel qu'il en étoit sorti; c'est-à-dire, sans s'être mêlé de nouveau avec le sang utérin.

Dans le troisième temps du travail.

559. Si l'action de la matrice se soutient avec force dans ce dernier temps, surtout lorsque l'enfant éprouve de grands obstacles à sortir, ses effets ne se bornent plus à l'affaissement des cellules du placenta, et à ce qui vient d'être dit. La compression qu'en éprouve cette masse s'étend bientôt jusqu'au plexus vasculaire qui couvre sa face interne, et jusqu'au cordon ombilical même; ce qui y ralentit également la circulation et l'intercepte ensuite, comme on le remarque quand ce cordon est entraîné par les eaux, et se trouve comprimé par la tête de l'enfant contre le bord du bassin;

soit qu'il forme une anse au-dehors, ou qu'il se présente seulement à l'orifice de la matrice.

560. C'est à cette compression et à l'affaissement des cellules de toute la masse du placenta, à celle qu'éprouve tout le système des vaisseaux ombilicaux, sans en excepter le cordon, qu'il faut attribuer les engorgemens et les épanchemens de sang qu'on remarque chez l'enfant à la suite des accouchemens dans lesquels il a fallu une longue série d'efforts pour l'expulser, après l'évacuation des eaux de l'amnios. C'est en faisant attention à l'influence de tous ces efforts sur le mode de circulation dont nous venons de parler, que l'on conçoit pourquoi des enfans naissent avec la face tuméfiée et livide; avec des épanchemens sanguins dans l'intérieur du crâne et à l'extérieur; dans un état apoplectique très-voisin de la mort, et souvent même déjà privés de la vie.

561. On trouve toujours le cordon très-plein et sans pulsation chez les premiers; et quand on le coupe à plusieurs travers de doigt de l'ombilic, il n'en sort que quelques gouttes de sang, encore est-on obligé le plus souvent de les en exprimer. Si on remarque la même chose chez ceux qui sont morts dans cet état d'apoplexie, on découvre de plus qu'il y a du sang épanché dans le crâne, tant sur la surface du cerveau, que dans ses ventricules, ainsi que sur la dure-mère, qui est détachée en plusieurs endroits. Les os du crâne même en sont injectés au point qu'ils paroissent noirâtres; et souvent une couche de ce fluide les recouvre encore immédiatement en quelques lieux de leur surface extérieure.

562. Ce seroit en vain qu'on se flatteroit de rappeler à la vie les premiers de ces enfans, et de les secourir en laissant le cordon entier. On ne doit attendre leur salut que de la section de ce cordon, et du dégorgement qu'on obtient par cette voie. La ligature, avant cette précaution, achève de les précipiter dans le tombeau; et le danger paroît le même si on conserve le cordon entier, dans la vue de tenir l'enfant chaudement auprès de sa mère, et de le revivifier, en quelque sorte, par le sang de celle-ci, comme le recommandent plusieurs Auteurs. L'on ne doit rien espérer de ce soin dangereux, puisque la communication du sang, de la matrice au placenta, est interrompue, et que la circulation paroît éteinte chez l'enfant. En le tenant auprès de sa mère, on le prive des secours qu'on ne peut lui administrer avec fruit que quand on l'a séparé d'elle.

563. Si les artères du cordon, coupé à quelque distance de l'ombilic, versent aussi peu de sang dans les cas énoncés au §. 561, l'hémorragie n'est pas plus à craindre du côté de la mère. La veine ombilicale, divisée, répand au plus une ou deux cuillerées de sang; et quand même le placenta seroit entièrement détaché de la matrice, il ne s'en échapperoit pas beaucoup plus par l'orifice de celle-ci.

564. On remarque le contraire à la suite des accouchemens très-prompts, dans lesquels l'enfant est entraîné, pour ainsi dire, par le flot des eaux. La perte n'est jamais plus à craindre que dans ces sortes de cas; et souvent elle est si abondante, quand le placenta se détache aussitôt après la

sortie de l'enfant, qu'elle laisse à peine le temps à la femme de nous en prévenir. Lorsque le placenta conserve toutes ses adhérences à la matrice, les pulsations du cordon se font sentir plus long-temps que dans le cas précédent. Si l'on coupe ce cordon, le sang du fœtus s'élance des artères avec rapidité, et le jet s'en soutient ainsi, jusqu'à ce que la respiration se fasse librement; tandis que celui de la mère s'écoule par la veine ombilicale qui descend du placenta, pendant tout le temps que la matrice reste dans l'inaction (1). (*Voyez* §. 232.)

565. S'il découle peu de sang dans l'ordre naturel par l'un et l'autre bouts qui résultent de la section du cordon auprès de l'ombilic; si ce n'est de part et d'autre qu'un très-foible dégorgement, qu'on ne peut évaluer au-delà d'une ou de deux cuillerées, c'est parce que l'enfant est à peine sorti du sein de sa mère, qu'il respire librement, et que la matrice se contracte fortement sur elle-même, se resserre et se réduit presque aussitôt à un très-petit volume.

566. L'enfant respire même quelquefois avant d'être sorti entièrement. Nous en avons vu pousser des cris aigus, aussitôt que la tête fut dehors, et dans un temps où les épaules paroissoient à peine

---

(1) Dans une circonstance semblable à celle qui vient d'être énoncée, nous ne fîmes la ligature du cordon qu'après avoir reçu environ deux palettes de sang de la veine ombilicale, et ensuite nous retirâmes un placenta dont les vaisseaux étaient aussi pleins que si on les eût injectés. Cette observation n'est pas la seule de son espèce que nous puissions citer.

à la vulve (1). Tous les enfans ne naissent pas avec ce besoin pressant de respirer; les uns le font un peu plus tôt, et les autres un peu plus tard: mais la cause qui détermine la première inspiration est la même chez tous, et ne diffère pas de celle qui force l'adulte à respirer quand il a suspendu volontairement cette fonction pendant un instant.

Des changemens qu'éprouve la circulation dans le fœtus au moment de sa naissance.

567. La cessation presque subite du passage du sang dans les artères ombilicales après la naissance, est sans doute un de ces phénomènes surprenans de l'économie animale, dont il est difficile de donner une explication satisfaisante. L'observation nous apprend qu'il dépend de la respiration, puisque le fluide dont il s'agit coule librement dans ces artères, jusqu'à ce que cette fonction soit bien établie; qu'il cesse alors d'y passer, et qu'il y reprend son cours, si cette nouvelle fonction vient à être suspendue peu de minutes après la naissance, ou lorsqu'elle devient seulement un peu laborieuse.

568. Dans ces derniers cas, si les artères du cordon coupé à quelques pouces de l'ombilic sont libres, le sang s'en échappe avec rapidité; si elles sont liées, elles se remplissent au-dessus de la ligature, et battent avec assez de force pour agiter le bout du cordon renversé sur le ventre. Si l'obstacle à la respiration continue, l'enfant ne tarde pas à en être victime; il éprouve une hémorragie plus ou moins dangereuse, et même mortelle, lorsque

(1) Cette observation peut être d'une très-grande importance dans la médecine légale, et a peut-être été trop négligée jusqu'à ce moment.

les artères ne sont pas liées ; ou bien il tombe dans un état d'apoplexie et de suffocation sanguine, si la ligature de ces artères est assez serrée pour résister à l'effort du sang.

569. On n'ignore pas que des enfans sont morts d'hémorrhagie par le cordon, les uns quelques heures après leur naissance, les autres plus tard, et qu'on les a trouvés couverts d'une croûte de sang dans leur maillot. J'en ai secouru deux très-utilement dans un état contraire, peu de minutes après l'accouchement. Un maillot trop serré, dans l'un, avoit donné lieu au gonflement livide de la face, et avoit jeté cet enfant dans un état apoplectique; tandis que des cris aigus et perçans y avoient précipité l'autre (1). Je n'ai pu les arracher des bras de la mort qu'en déliant aussitôt le cordon, et en leur faisant perdre du sang.

570. D'après de semblables observations, ne

(1) Ce dernier étoit né depuis plus d'un quart-d'heure ; il avoit d'abord respiré librement, et n'étoit pas encore emmailloté. Je ne chercherai point à déterminer quelle fut la cause des cris aigus qu'il jetoit et qui l'ont plongé jusqu'à trois reprises dans l'état dont il s'agit : j'observerai seulement que nous suivîmes des yeux, son père et moi (*), les progrès de la suffocation, le gonflement et la lividité de la face, le gonflement et les pulsations du cordon, agité sur le ventre par l'effort du sang contre la ligature ; que nous vîmes le sang jaillir avec force des deux artères, chaque fois que la ligature fut enlevée, le gonflement et la lividité de la face disparoître à mesure que ce fluide couloit, quoique les mêmes cris continuassent, etc.

(*) Le père de cet enfant avoit quelques connoissances en physiologie.

seroit-on pas fondé à croire que le placenta tient en quelque sorte lieu de poumons au fœtus ; puisque le sang ne peut passer librement dans l'un, que son mouvement ne se ralentisse, et même ne cesse entièrement dans l'autre? Il ne faudroit cependant pas imaginer que le principal usage du placenta fût de servir comme de diverticulum au sang du fœtus, jusqu'à ce que la respiration se fasse aisément : il a d'autres fonctions à remplir relativement à cet enfant. (*Voyez* §. 544 et suiv.)

571. Il n'est aucun des phénomènes que nous venons d'exposer, tant sur la circulation du sang dans le fœtus, que sur le passage de ce fluide, de la matrice au placenta et du placenta à la matrice, qui ne puisse fournir une source de réflexions aussi curieuses qu'utiles dans la pratique.

SECONDE PARTIE.

De l'Accouchement naturel, et de ses suites.

CHAPITRE PREMIER.

Division de l'Accouchement, de ses causes, de ses signes, etc.

Différence de l'accouchement d'avec la fausse-couche.

§. 572. La division générale de la grossesse, en vraie et en fausse, autant que l'usage, exige que nous distinguions l'accouchement proprement dit, de l'expulsion d'une mole ou de tout autre corps qui seroit le produit de la conception.

573. Quoique la dénomination de fausse-couche ne convienne que pour désigner la sortie de ces dernières substances, on l'emploie cependant aussi pour exprimer celle de l'enfant avant le terme de sa viabilité, au lieu du mot avortement, qui conviendroit beaucoup mieux.

Terme où l'enfant passe communément pour être viable.

574. Quand on fait attention à la grande disproportion qui se rencontre entre plusieurs fœtus du même terme de grossesse, l'on ne peut s'empêcher de convenir que les uns ne soient viables un peu plus tôt, et les autres un peu plus tard, selon leur force et leur constitution individuelle; mais,

en général, ils le sont tous d'autant plus, qu'ils naissent dans un temps plus voisin de celui de leur parfaite maturité, et on ne les regarde comme viables, qu'au terme de sept mois révolus (1).

575. Les causes qui déterminent la naissance de l'enfant, avant le temps fixé par la nature, peuvent influer sur sa viabilité. Celui de sept mois, par exemple, qui vient naturellement, offre plus d'espoir que celui de huit mois, dont la naissance n'est que l'effet d'une cause violente et accidentelle, d'une maladie aiguë ou chronique, etc.

Epoque où l'accouchement se fait le plus ordinairement.

576. L'époque la plus ordinaire de l'accouchement, est la fin du neuvième mois de la grossesse; mais elle n'est pas invariable : on peut naître plus tôt ou un peu plus tard. Des femmes accouchent naturellement à sept mois ou à huit, et d'autres ont porté leurs enfans au-delà du neuvième, sans qu'on puisse soupçonner d'erreur dans leur calcul, ni les suspecter d'avoir manqué à la foi conjugale.

---

(1) Un enfant peut naître vivant et ne pas être viable : car pour être tel, il faut que tous les organes destinés à l'entretien de la vie soient dans un état de perfection qui leur permette de remplir ces mêmes fonctions. Nous avons vu beaucoup d'enfans naître vivans au terme de six mois, et pas un n'a survécu au-delà de cinq à six jours, malgré tous les soins qu'on s'est donnés pour les conserver; aucun du terme de cinq mois n'a été au-delà de quelques heures, et la majeure partie de ceux de sept mois n'ont point parcouru une plus longue carrière que les enfans de six, malgré tous les exemples qu'on cite pour faire croire le contraire : il y a eu souvent excès de crédulité, erreur ou mauvaise foi.

Dénominations de l'accouchement, selon le terme de la grossesse où il se fait.

577. L'accouchement a reçu différentes dénominations, selon le temps de la grossesse où il se fait, et la manière dont il s'opère. On le nomme Fausse-couche, avant le septième mois; Accouchement prématuré, depuis cette époque jusqu'au huitième mois et demi; et Accouchement à terme, toutes les fois qu'il ne se fait qu'à la fin du neuvième.

Selon la manière dont il s'opère.

578. Par rapport à la manière dont il s'opère, on l'appelle Naturel, Contre nature et Laborieux, etc. Ces distinctions scolastiques étant arbitraires, nous considérerons les accouchemens sous trois ordres principaux : 1.° les accouchemens qui se font naturellement; 2.° les accouchemens qui exigent les secours de l'art, et qu'on peut encore opérer avec la main seule; 3.° les accouchemens qui ne peuvent se faire qu'à l'aide des instrumens, ou dans lesquels il est utile de les employer.

579. Si l'action des organes de la femme ne suffit pas pour opérer l'expulsion du fœtus dans ce second et troisième ordres, elle en commence au moins le travail; ce qui fait que tous les accouchemens ont des causes communes et des causes particulières, que l'on peut encore distinguer en déterminantes et en efficientes.

Les accouchemens ont des causes communes et de particulières.

580. Les causes communes, que nous allons développer, suffisent pour opérer les accouchemens du premier ordre. Quant aux causes particulières, comme elles sont différentes, non-seulement dans chaque ordre, mais encore dans chaque espèce d'accouchement, il n'en sera fait mention que dans la suite.

ARTICLE PREMIER.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes déterminantes de l'Accouchement.

Causes déterminantes de l'accouchement.

581. Les causes déterminantes de l'accouchement, sont toutes celles qui peuvent exciter la matrice à se contracter et à se délivrer des substances qui constituent la grossesse. Les unes sont accidentelles et produisent l'avortement ou l'accouchement prématuré; et les autres paroissent naturelles, en ce qu'elles agissent presque toujours au même terme, et rarement avant la fin du neuvième mois.

Opinions des Auteurs à ce sujet.

582. Les Physiciens ont pensé différemment de ces dernières; les uns les attribuent au fœtus, et les autres à la matrice même. Les premiers ont cru que l'enfant excité par le manque de nourriture, le besoin de respirer, le poids incommode du méconium sur le canal intestinal, etc. sollicitoit sa sortie, et s'efforçoit de vaincre tout ce qui s'y opposoit, soit en provoquant l'action expulsive de la matrice, soit par ses propres efforts. Les autres ont imaginé que la matrice n'étoit invitée à se contracter que par l'acrimonie des eaux de l'amnios, ou la distension violente qu'elle éprouve à la fin de la grossesse. Mais ces opinions ont été si victorieusement réfutées, que nous pourrions ne pas nous en occuper.

583. Ce ne peut être ni le besoin de respirer, ni le manque de nourriture, qni portent le fœtus à

solliciter son expulsion, lorsqu'il est mort depuis quelque temps; ce n'est pas non plus l'impression que pourroient faire les eaux de l'amnios sur les parois de la matrice, quand elles seroient réellement acrimonieuses, ni la distension violente des fibres de cet organe, qui provoquent les efforts de l'accouchement, lorsqu'il se fait prématurément; puisque ces eaux ne touchent pas immédiatement la matrice, et que celle-ci n'est pas encore portée à son dernier degré de développement dans le cas énoncé.

De la vraie cause déterminante de l'accouchement.

584. La vraie cause déterminante de l'accouchement à terme, réside certainement dans la matrice : elle paroît agir constamment pendant la grossesse, quoique les effets, pour l'ordinaire, n'en soient sensibles qu'à la fin du neuvième mois. A chaque instant les fibres utérines développées, s'efforcent d'expulser le corps qui les affecte désagréablement. Si elles n'y parviennent pas dans les premiers temps, c'est qu'elles n'y sont pas toutes également sollicitées, et que ne se développant pas toutes en même temps, l'action des unes est contre-balancée fortement par la résistance naturelle des autres.

585. La structure de cet organe est telle, en effet, que le col résiste dans les six ou sept premiers mois de la grossesse, pendant que les fibres du fond et du corps obéissent aux agens qui les développent et les distendent. Mais vers la fin, les fibres du col, devenues plus souples, fournissent, pour ainsi dire, seules à l'expansion nécessaire, de sorte qu'en moins de deux mois cette partie s'efface entièrement et s'affoiblit au point qu'elle ne peut

soutenir plus long-temps l'effort des autres. (*Voyez* §. 199 et suiv.)

586. C'est alors que l'action du fond de la matrice se fait sentir sur le produit de la conception et le pousse en avant. Si cette action n'est pas encore douloureuse pour la femme, ses effets se manifestent au doigt introduit à l'orifice de la matrice, et appliqué sur les membranes. (*Voyez* §. 414 et suiv.) C'est le premier degré du travail de l'accouchement, quoique l'on ne reconnoisse ordinairement d'autre époque de son commencement que celle des douleurs, et même des fortes douleurs.

587. L'époque de ces douleurs, qui pourroit passer pour celle du deuxième temps de l'accouchement, n'est pas éloignée. De plus fortes contractions de la matrice succèdent bientôt à cette espèce de prélude, qui ne dépend, pour ainsi dire, que de l'action de ressort de ce viscère, et elles sont marquées par autant de douleurs.

Section II.

Des causes efficientes naturelles de l'Accouchement.

Causes efficientes de l'accouchement.

588. Le vulgaire croit que l'enfant est le principal agent de sa naissance, qu'il ouvre par des efforts redoublés les parties de la femme, et surmonte ainsi les obstacles qui empêchent sa sortie. C'est d'après cette idée qu'on entend répéter souvent que sa foiblesse et sa mort rendent l'accouchement plus long et plus pénible; mais cette opinion ne peut être que celle des personnes peu instruites des phenomènes que présente la nature

dans l'accouchement. Si le travail de celui-ci est quelquefois plus long et plus irrégulier quand l'enfant est mort, c'est parce que la putréfaction plus ou moins avancée de ce dernier, jette alors les forces de la matrice dans un état de langueur et de prostration, comme celles de tous les organes essentiellement destinés aux fonctions animales, et que la matrice ne peut se contracter avec autant d'énergie que dans l'état ordinaire, etc.

L'action de la matrice est la principale cause efficiente de l'accouchement.

589. La sortie de l'enfant dans l'ordre naturel, dépend uniquement de la force des organes de la femme. Deux sortes de puissances y concourent, la matrice et les muscles qui forment l'enceinte de la cavité abdominale. La première est la principale, la seconde n'est qu'accessoire : celle-ci est soumise à la volonté de la femme dans tous les temps du travail, excepté peut-être dans les derniers instans ; au lieu que l'action de la matrice en est absolument indépendante. (*Voyez* §. 238.)

590. Cette dernière, semblable à celle des muscles, se nomme Contraction : elle dépend d'un stimulus quelconque, dont la nature nous est inconnue, et peut être excitée jusqu'à certain point par une irritation mécanique.

591. Les contractions de la matrice, toujours très-foibles dans le commencement du travail, augmentent insensiblement, et deviennent très-fortes. On nomme celles des premiers temps, Préparantes, et celles des derniers, Déterminantes ou Expulsives. Mais au lieu du mot Contraction, qui n'est entendu que des gens de l'art, on emploie généralement celui de Douleur.

592. Le relâchement qui suit toujours la con-

traction de la matrice, ou le calme qui succède à chaque douleur, présente autant de différences que ces mêmes douleurs. Il est ordinairement très-long dans le commencement du travail, et à peine dure-t-il trois ou quatre minutes sur la fin.

593. Ces différences, d'ailleurs, ne sont pas les mêmes chez toutes les femmes, ni chaque fois qu'elles accouchent. Chez quelques-unes les contractions de la matrice se succèdent rapidement et avec force, et laissent peu d'intervalle : chez d'autres, au contraire, elles sont foibles et rares. Dans un accouchement elles suivront une marche accélérée, et dans un autre une marche très-lente, quoique chez la même femme, et c'est de là que dépend en général la durée plus ou moins longue du travail : tandis que sa force ou sa foiblesse est toujours en raison des obstacles qui rendent la sortie de l'enfant plus ou moins difficile, en supposant la femme d'une force et d'une constitution ordinaires.

594. Nous avons fait observer au §. 239, que toutes les parties de la matrice se contractoient en même temps. Le resserrement qu'éprouve l'orifice dans le commencement du travail, et la roideur de son bord même pendant la douleur, prouvent clairement que la contraction de ce viscère est générale, et qu'aucune de ses parties, dans l'ordre naturel, n'est en repos, comme quelques-uns l'avoient pensé, pendant que les autres agissent.

595. L'effet de la contraction de la matrice, est d'en resserrer la cavité dans tous les sens. Si l'enfant, pressé de toutes parts dans un pareil effort, est contraint d'en sortir, c'est que la résistance qu'il

éprouve n'est pas égale partout : il s'échappe toujours par l'endroit qui lui en oppose le moins.

596. Si l'orifice est presque toujours cette voie, c'est parce que les fibres sont plus rares dans son voisinage que partout ailleurs ; qu'il est diamétralement opposé au centre qui sert comme de point d'appui à toutes celles qui forment la matrice ; qu'il se trouve à la partie inférieure et sur le vide du bassin, où il n'est en aucune manière fortifié par les parties ambiantes, comme le sont les autres régions de la matrice, et que tous les efforts de l'accouchement sont dirigés vers ce point.

597. Quand l'orifice ne peut pas s'ouvrir, si toutes les parties de la matrice résistent également, la nature s'épuise en vain, et le travail cesse à la longue : mais si un point de cet organe se trouve plus foible, il se déchire, et l'enfant passe en totalité ou en partie dans l'abdomen. (*Voyez* l'article sur la rupture de la matrice.)

Un grand nombre de muscles concourent par leur action à l'expulsion du fœtus, et surtout ceux de l'abdomen.

598. Ce seroit ignorer les principaux usages des muscles abdominaux et du diaphragme, que de leur refuser quelque part à l'expulsion du fœtus : ce seroit en même temps fermer les yeux à la lumière de l'expérience et de l'observation ; car la preuve qu'ils y contribuent est si évidente, que personne ne peut la méconnoître.

599. Exciter les efforts de la femme, lui recommander à chaque douleur de presser vivement en bas, n'est-ce pas avouer, en effet, la nécessité et l'efficacité de la contraction de tous ces muscles ? S'il en fallait d'autres preuves, elles se trouveroient dans l'exemple des femmes, dont la matrice chargée de l'enfant a été expulsée presque en to-

talité de la cavité du bas-ventre, dans le moment des efforts qu'elles faisoient pour accoucher.

600. Ces efforts sont semblables en tout à ceux que fait la femme dans un état de constipation, pour aller à la garde-robe. Ils déterminent la sortie des urines et des excrémens ; ils produisent le refoulement du sang vers les parties supérieures, et donnent lieu à la rougeur de la face, à la pesanteur de la tête, aux vertiges, à l'assoupissement, etc. Ces efforts paroissent soumis à la volonté dans les premiers temps de l'accouchement, la femme pouvant alors les suspendre ou les accélérer ; mais il n'en est pas de même dans les derniers momens, et c'est souvent en vain qu'on cherche à lui persuader qu'il seroit avantageux de les modérer, pour donner plus de temps aux parties externes de se dilater, et éviter par-là des déchirures dont les suites sont quelquefois très-désagréables : elle ne sent plus que le besoin de se délivrer, et celle qui a perdu toute connoissance auparavant, fait les mêmes efforts que celle qui en jouit pleinement.

601. Par ces efforts, les muscles abdominaux et le diaphragme ne contribuent pas seulement à l'expulsion du fœtus, mais en devenant en quelque sorte contigus à la matrice qu'ils pressent de toutes parts, soit médiatement, soit immédiatement, ils lui servent encore comme d'arc-boutant, et la mettent, dans beaucoup de cas, à l'abri de la rupture, qui auroit été sans cela bien plus fréquente qu'on ne l'a observée.

602. Ces muscles n'agissent jamais plus fortement sur la matrice et sur les autres viscères du bas-ventre, que lorsque les parties osseuses auxquelles

ils sont attachés deviennent fixes et immobiles; c'est pourquoi la contraction d'un grand nombre d'autres muscles semble également nécessaire à l'accouchement; mais ces derniers n'y coopèrent que d'une manière très-indirecte.

603. Pendant que les sterno-mastoïdiens, les scalènes, les grands et les petits pectoraux, les dentelés et autres retiennent la poitrine et l'empêchent d'obéir à l'action des muscles abdominaux, la plupart de ceux qui sont destinés aux mouvemens des cuisses et des jambes en font autant à l'égard du bassin.

604. En jetant les yeux sur une femme livrée entièrement à elle-même dans les derniers momens du travail de l'accouchement, il est facile de reconnoître que tous ces muscles agissent en même temps. Dès qu'elle éprouve le resserrement intérieur qui lui annonce la douleur, elle cherche à s'appuyer les reins, elle renverse en arrière le tronc et la tête, elle s'arc-boute des pieds et des mains contre les premiers corps solides qu'elle rencontre, et elle se roidit en poussant de toutes ses forces.

ARTICLE II.

Des principaux phénomènes du travail de l'Accouchement.

605. Nous croyons qu'il est à propos d'exposer en particulier la plupart des phénomènes de l'accouchement, tels que la douleur, la dilatation de l'orifice de la matrice, la sortie des glaires san-

guinolentes, et la formation de ce qu'on appelle vulgairement la Poche des eaux, avant d'indiquer l'ordre dans lequel ils se manifestent, ainsi que d'autres dont il sera parlé dans la suite.

Section première.

De la Douleur.

De la douleur de l'enfantement, et de ses causes.

606. La douleur est le premier phénomène sensible du travail de l'accouchement : c'est elle qui l'annonce, et aucune femme ne peut enfanter sans l'éprouver.

607. Elle paroît l'effet immédiat de la contraction de la matrice ; mais il faut que cette action ait déjà passé par plusieurs degrés pour qu'elle se fasse sentir. Dans le commencement cette contraction est si légère, que la femme n'en éprouve qu'une espèce de sensation intérieure assez semblable à celle du ténesme.

608. La violence des douleurs de l'enfantement est toujours proportionnée à la force des contractions qui les déterminent. Comme ces dernières sont très-foibles dans le commencement du travail, les douleurs sont alors si légères, qu'il est passé en usage de les désigner sous le nom de mouches. Si elles sont plus longues et plus aiguës sur la fin, c'est que l'action de la matrice est plus soutenue et plus forte, que les fibres de ce viscère sont plus tendues, qu'elles sont devenues plus sensibles, et qu'elles agissent sur un corps qui leur résiste davantage. La violence et la distension qu'éprouve alors le bord de l'orifice, n'en est qu'une cause accessoire.

609. Les douleurs de l'enfantement ne se font pas toujours sentir de la même manière. Tantôt elles commencent du côté des reins et vont se perdre en en-bas; tantôt elles se font sentir vers l'ombilic ou d'autres parties du bas-ventre, et passent du côté des lombes, où elles tourmentent cruellement les femmes. Les meilleures sont celles qui portent sur l'orifice de la matrice, ou vers le fondement.

De la manière dont se font sentir les douleurs de l'enfantement.

610. C'est avec raison que les femmes redoutent ce qu'elles appellent Douleurs de reins, bien plus que celles qui pressent vivement en en-bas, parce qu'elles avancent moins le travail, et qu'elles traînent toujours à leur suite, non ce calme satisfaisant qui succède aux dernières, mais un malaise et un accablement qui les rendent moins supportables, et qui en font craindre la récidive.

Des douleurs des reins.

611. Ces douleurs de reins s'annoncent souvent dès le commencement du travail, et d'autres fois un peu plus tard; mais rarement elles continuent jusqu'à la fin. Il est difficile d'en assigner la vraie cause : les uns ont assuré qu'elles dépendoient du tiraillement des ligamens ronds postérieurs de la matrice, et les autres de l'obliquité de ce viscère. Il nous a paru qu'elles étoient plus ordinaires chez les femmes dont le placenta étoit attaché à la partie postérieure de la matrice, que chez les autres : cependant on ne peut les attribuer uniquement à cette cause.

612. On a cherché de tout temps à calmer ces sortes de douleurs. La saignée et les lavemens émolliens ont quelquefois réussi; mais le plus souvent ces moyens ont été employés inutilement, si

l'on ne fait attention qu'à l'effet qu'on en attendoit. Ce qui a paru jusqu'ici le plus propre à soulager les femmes, en pareil cas, c'est de les soulever pendant chaque douleur, au moyen d'une serviette roulée, passée sous les lombes.

Des fausses douleurs.

613. Il est un autre genre de douleurs, qui méritent à juste titre le nom de Fausses douleurs relativement à l'accouchement, parce qu'elles y sont étrangères. Quelquefois elles ont leur siége dans le canal intestinal, et souvent elles trompent les femmes incertaines du terme de leur grossesse, ou qui n'attendent que le moment de l'accouchement; parce que leur effet se porte du côté du fondement, comme celui des vraies douleurs de l'enfantement.

Section II.

De la dilatation du col de la matrice.

De la dilatation de l'orifice de la matrice, et de ses causes.

614. La matrice est presque toujours entre-ouverte avant le terme de l'accouchement. On en découvre la cause en suivant pas à pas la marche naturelle du développement de ce viscère, et en faisant attention à tout ce qui se passe du côté de son orifice dans les derniers temps de la grossesse.

615. La cause de ce premier degré de dilatation étant bien connue, doit jeter le plus grand jour sur le mécanisme de celle qui s'opère dans le temps même du travail de l'accouchement, et nous faire voir qu'elle n'est pas l'effet immédiat de l'espèce de coin que présentent à l'orifice les substances soumises aux contractions de la matrice.

616. Quoiqu'aucune partie de l'enfant, en bien

des cas où les eaux s'écoulent prématurément, ne puisse pas s'engager dans l'orifice de la matrice, il s'ouvre cependant comme si la poche de ces eaux étoit entière; d'où l'on voit que l'action seule de l'organe suffit pour opérer cette dilatation. Mais elle l'opérera d'autant plus facilement, que la matrice sera plus distendue, et que le corps qu'elle renfermera sera plus solide.

617. Il faut donc avouer que le concours de toutes ces causes rend la dilatation de l'orifice plus aisée, et qu'il faut alors moins de douleurs pour l'opérer; car indépendamment de la violence qu'exerce la poche des eaux dans cet orifice, quand elle peut s'y engager à la manière d'un coin, la compression molle et graduée qu'elle fait dans tous les temps sur le bord de cette ouverture, y détermine une sorte d'engorgement qui en favorise le développement, et le rend moins douloureux.

Remarque sur les progrès de la dilatation de l'orifice de la matrice.

618. Il faut, en général, plus de temps et plus de travail pour ouvrir l'orifice de la matrice de la largeur d'un petit écu, que pour opérer ensuite le reste de la dilatation nécessaire au passage de l'enfant, et bien plus encore dans un premier accouchement que dans un second et un troisième : ce que les jeunes Praticiens ne doivent jamais perdre de vue, pour l'exactitude de leur pronostic sur la durée du travail, et pour ne point exposer certaines femmes à accoucher seules, dans l'idée que le moment de leur délivrance est encore éloigné lorsqu'il peut être très-prochain.

619. On observera d'ailleurs que les progrès de la dilatation dont il s'agit, ne sont jamais les mêmes chez toutes les femmes, ni dans tous les

accouchemens. Tantôt l'orifice est plus ouvert au commencement du travail, qu'il ne l'est d'autres fois après douze ou quinze heures de fortes douleurs ; ce qui tient à des circonstances que la pratique fait bientôt connoître.

Section III.

Des glaires sanguinolentes qui découlent du vagin.

Des glaires sanguinolentes, et des inductions qu'on en tire.

620. Les parties de la femme naturellement humides, ne le sont jamais plus que dans les derniers temps de la grossesse et pendant l'accouchement. Tandis que les glandes du col de la matrice et du vagin fournissent alors une plus grande quantité de mucus, il se fait encore une espèce d'exsudation des eaux de l'amnios à travers les pores des membranes ; de sorte qu'il s'établit chez la plupart un écoulement de sérosité muqueuse plus ou moins abondant.

621. Chez quelques femmes, ce mucus séreux et glaireux devient sanguinolent aux approches de l'accouchement, et chez d'autres, dans le cours du travail seulement. On regarde communément ces glaires colorées comme une preuve que la dilatation de l'orifice est bien avancée, et comme le présage d'une délivrance prochaine : ce qui n'est pas toujours bien vrai, puisque ces marques rouges peuvent se manifester même plusieurs jours avant.

Du temps où les glaires commencent à se colorer.

622. Aucunes femmes ne marquent plus tôt ni plus abondamment que celles dont le travail se déclare brusquement, et augmente tout à coup ; que celles surtout dont le placenta occupe le voisi-

nage du col de la matrice : ce qui pourroit faire présumer que le sang qui colore les humeurs dont il s'agit, ou qui sort pur, vient de la rupture de quelques-uns des vaisseaux de cette partie, du placenta même, et de ceux du chorion.

Section IV.

De la formation de la poche des eaux.

623. A mesure que l'orifice de la matrice se dilate, les membranes s'y présentent et s'y engagent, en formant du côté du vagin, une tumeur plus ou moins large et tendue dans le moment de la douleur : ce qu'on appelle la formation de la poche des eaux.

De la formation de la poche des eaux.

624. Il est rare que cette tumeur déborde beaucoup le cercle de l'orifice, avant qu'il ne soit assez large pour l'accouchement; ce qui faire dire, quand cela se rencontre, que la poche des eaux est bien formée.

625. Toutes les fois que l'orifice de la matrice répond au centre du bassin, qu'il se dilate également, et que les membranes sont d'une texture ordinaire, la poche des eaux est arrondie, et semblable à une portion de sphère; quand l'orifice est appuyé contre un des points du bassin, ou lorsqu'il ne peut s'ouvrir circulairement, quelle qu'en soit la cause, cette poche prend une figure plus ou moins ovoïde; enfin elle s'alonge en manière de boudin, lorsque les membranes sont d'un tissu lâche et peu serré, sans que, pour cela, l'enfant présente une main ou un pied, comme quelques-uns l'ont avancé.

De sa figure.

Du temps et de l'endroit où elle se déchire.

626. La portion des membranes qui forme la poche apparente des eaux, ne pouvant toujours résister à l'effort de ce fluide poussé par l'action de la matrice et des muscles abdominaux, s'affoiblit insensiblement et se déchire. Mais cette crevasse ne se fait pas constamment dans le même temps, ni sur le même point de l'orifice de la matrice; tantôt elle a lieu dès le commencement du travail, et tantôt à la fin seulement; quelquefois elle se fait au centre de cet orifice, et d'autres fois au-dessus de son bord : ce qui présente des phénomènes différens.

Effets de la rupture prématurée de la poche des eaux.

627. Les membranes se déchirent presque toujours au commencement du travail, quand elles sont d'une texture foible et délicate, ce qui rend l'accouchement quelquefois plus long et plus difficile; parce qu'une des causes qui devoient coopérer à la dilatation de l'orifice vient à manquer, avant que cette dilatation ne soit faite, et non pas, comme le pense le vulgaire, parce que les eaux s'étant écoulées prématurément, l'accouchement se fait à sec; car les eaux ne mouillent et n'humectent jamais davantage les parties de la femme, que quand elles s'écoulent lentement.

Effets de cette rupture quand elle ne se fait que dans la violence du travail.

628. Lorsque les membranes ne se déchirent que dans la force du travail, les eaux s'échappent avec rapidité, et par un jet proportionné à l'étendue de la crevasse. La matrice, déjà vivement irritée, ne tarde pas à se relever de l'espèce d'inertie dans laquelle l'a plongée cette évacuation subite, et se contracte ensuite avec plus de force encore qu'auparavant : tandis que dans le cas qui fait le sujet du paragraphe précédent, il est très-ordinaire de

voir les douleurs se ralentir pour un temps plus ou moins long; parce que la matrice, à peine sortie, pour ainsi dire, de cette espèce d'engourdissement qui accompagne la grossesse, se trouve soulagée à chaque instant par l'évacuation d'une nouvelle quantité d'eau.

Effets de l'ouverture de la poche des eaux, quand elle ne se fait pas au milieu de l'orifice.

629. Quand la poche s'ouvre au milieu de l'orifice, tout le volume d'eau contenu au-dessous de la tête s'écoule aussitôt, et le travail continue d'augmenter; mais elle ne se vide qu'à demi lorsqu'elle se déchire vers l'un de ses côtés, près ou un peu au-dessus du cercle de l'orifice dont il s'agit. Elle conserve alors assez d'eau pour se durcir pendant les douleurs, comme elle le faisoit avant sa rupture, et le reste du fluide ne s'écoule en quelque sorte que par exsudation, ou en petite quantité à la fois, et toujours au commencement et à la fin de chaque douleur : ce qui fait naître souvent dans le travail l'espèce de langueur dont il est parlé au paragraphe précédent, et dont il sera question plus amplement dans la suite.

630. Si l'on ne déchire pas cette poche, ou si la rupture ne s'en fait pas une seconde fois d'elle-même, les eaux qu'elle contient encore sont obligées de refluer vers la crevasse pour s'évacuer, ou bien vers la cavité de la matrice, à mesure que la tête s'avance dans l'orifice. La tête vient alors s'appliquer immédiatement aux membranes, les pousse au-devant d'elle, s'en enveloppe en quelque manière, et franchit ainsi la vulve; de sorte que l'enfant, comme on le dit vulgairement, semble naître coiffé.

La poche des

631. L'ouverture des membranes ne se fait pas

eaux ne s'ouvre pas toujours d'elle-même.

toujours d'elle-même, et si on ne les déchiroit pas en quelques cas où elles sont très-dures, on verroit sortir le fœtus renfermé dans ses enveloppes et entraîner avec lui son placenta, comme on le voit dans les avortemens des premiers temps de la grossesse. Cette manière de naître, qui n'est pas ordinaire au terme naturel, peut avoir des suites trop fâcheuses pour qu'on ne les prévienne pas en déchirant les membranes, comme on le recommande ci-après.

Section V.

Suite des phénomènes de l'Accouchement, et de l'ordre dans lequel ils se succèdent le plus généralement.

632. L'accouchement s'annonce presque toujours par des changemens remarquables dans l'économie de la femme; mais ils sont différens, pour ainsi dire, dans chaque individu. A ces symptômes succèdent bientôt de légères douleurs du côté des lombes, accompagnées de la dureté du globe utérin et d'une espèce de resserrement intérieur que les femmes ont peine à exprimer.

Phénomènes du premier temps du travail.

633. Le toucher nous découvre que l'orifice de la matrice se rétrécit un peu dans ces instans de douleurs, que son bord se roidit, et que les membranes qui le recouvrent, se tendent plus ou moins. Tous ces symptômes augmentent dans les progrès du travail, excepté le premier; car l'orifice, loin de se resserrer, est forcé dans la suite de s'élargir à chaque douleur.

Du second temps.

634. Dans le second temps, les douleurs de-

viennent plus fortes et plus fréquentes ; l'orifice de la matrice s'élargit, son bord se développe, et ne conserve souvent que très-peu d'épaisseur ; la poche des eaux devient plus considérable, et à chaque douleur la tête de l'enfant paroît remonter, de sorte qu'elle n'est jamais moins accessible au doigt que dans ce moment. La femme éprouve une pesanteur en en-bas, qui l'invite à faire de légers efforts pareils à ceux qui ont lieu dans le ténesme ; et le col de la matrice semble descendre un peu, parce que cet organe lui-même est poussé vers le bassin, par l'action des muscles abdominaux.

635. Après la douleur, les choses rentrent dans l'état où elles étoient avant ; le bord de l'orifice se détend, la poche des eaux devient flasque, la tête de l'enfant redescend en écartant les eaux sur les côtés, et s'applique aux membranes.

Du troisième temps du travail.

636. Dans le troisième temps du travail, qui est en quelque sorte celui de sa plus grande force, les douleurs se succèdent plus rapidement encore ; elles sont plus aiguës et plus longues, la femme est sollicitée plus vivement à les faire valoir, et elle les supporte mieux qu'auparavant. Si le calme qui renaît après chaque douleur est plus court, au moins paroît-il plus doux et plus parfait, n'étant troublé, pour l'ordinaire, par aucune de ces inquiétudes que traînent souvent à leur suite les premières douleurs. L'orifice de la matrice s'augmente tellement, qu'il égale presque toute la largeur du bassin.

637. Les follicules glanduleux répandus dans toute l'épaisseur du vagin et du col de la matrice, fournissent une plus grande quantité de mucus ;

celui-ci se colore plus ou moins du sang que laissent échapper les petits vaisseaux rompus ; c'est là le moment du travail, où quelques femmes commencent à marquer, et où d'autres marquent le plus.

638. C'est aussi à cette époque que paroissent un grand nombre d'autres symptômes, et que les premiers acquièrent plus de force et d'intensité. Le pouls devient plus fréquent et plus dur, mais presque toujours il est régulier ; le visage se colore, les yeux s'enflamment, et la chaleur se répand de toutes parts ; enfin l'ébranlement devient si général, que toutes les fonctions en sont plus ou moins dérangées.

639. La rupture des membranes vient à propos calmer cette agitation universelle, par la détente que produit l'évacuation des eaux ; mais ce temps de repos est pour l'ordinaire de courte durée ; des douleurs encore plus fortes vont bientôt le troubler, et donner lieu à de nouveaux phénomènes qui annoncent la fin du travail.

Phénomènes du dernier temps du travail.

640. La matrice appliquée plus immédiatement sur le corps de l'enfant après l'évacuation des eaux, se contracte plus vivement qu'auparavant. La tête s'engage dans l'orifice et se rapproche insensiblement de la vulve à chaque douleur ; de sorte que l'accouchement se termine en très-peu de temps, quand les choses y sont bien disposées d'ailleurs. Tous ces efforts sont infructueux, lorsque l'enfant est en mauvaise situation, ou le bassin mal conformé.

841. Dans le premier cas, l'orifice de la matrice continue de descendre et de s'élargir pendant la douleur, jusqu'à ce que l'épaisseur de la tête, prise

entre les protubérances pariétales, l'ait traversé; alors il s'éloigne tout à coup, quoique la douleur persiste; il se resserre un peu, et son bord s'épaissit.

Remarque importante à certains égards.

642. Le moment où la tête commence à remplir le vagin n'est pas toujours celui où elle parvient dans le fond du bassin. Elle peut séjourner longtemps dans celui-ci, et paroître même en quelque sorte à la vulve, quoiqu'enveloppée du col de la matrice; mais elle ne peut être complètement dans le vagin, sans occuper en même temps la cavité du bassin. On reconnoîtra plus d'une fois dans la suite, l'utilité de cette remarque.

Temps où la femme est le plus sujette aux crampes.

643. Lorsque la tête est volumineuse relativement au bassin, et surtout quand le sacrum est un peu aplati, la compression qu'elle exerce sur les nerfs sacrés donne lieu à des crampes douloureuses dans la partie postérieure des cuisses, et quelquefois à des engourdissemens, ou à des tremblemens qu'on a peine à calmer.

644. Rarement ces crampes se font sentir dans les deux cuisses en même temps, parce qu'il n'est pas ordinaire que la tête comprime également les nerfs sacrés des deux côtés. Tantôt elles affectent la cuisse droite et tantôt la cuisse gauche suivant la position de la tête et ses rapports avec les nerfs dont il s'agit.

645. Ces mêmes douleurs se font sentir quelquefois dans la partie antérieure et interne des cuisses; mais alors elles s'annoncent un peu plus tôt, et presque toujours avant que la tête ne soit entièrement dans le fond du bassin; ce qu'on peut attribuer à la compression des nerfs cruraux et obturateurs.

Effets de la pression qu'exerce la tête de l'enfant sur l'anus de a mère.

646. Dès le moment où la tête est parvenue dans cette cavité, beaucoup de femmes se plaignent du besoin d'aller à la garde-robe ; et quelques-unes retenues par la honte de laisser échapper les excrémens sur le lit, n'osent plus se livrer aux efforts qu'elles exerçoient avec tant de succès auparavant, et auxquels elles sont alors si vivement sollicitées, ce qui retarde plus ou moins leur délivrance.

647. Ce besoin d'aller à la garde-robe peut être réel, mais le plus souvent il est illusoire; et si l'on permettoit à toutes les femmes qui l'éprouvent de se placer sur leur chaise, on auroit le désagrément d'en voir quelques-unes accoucher dans cette attitude, ce qui pourroit avoir des suites fâcheuses, soit pour elles-mêmes, soit pour leurs enfans.

Effets du dernier moment du travail.

648. Dès l'instant que ce besoin se manifeste, on voit le périnée s'étendre à chaque douleur, s'il résiste peu, et se développer sur la tête de l'enfant, qui le pousse en-dehors. La vulve se dilate de même, et bientôt l'accouchement se termine. Mais lorsque le périnée est épais et solide, et que toutes les parties extérieures résistent, comme il arrive ordinairement dans un premier accouchement, le terme de la délivrance peut être encore éloigné de plusieurs heures.

649. Dans ce dernier cas, si le périnée se développe et se porte en dehors pendant la douleur, il s'affaisse aussitôt après, et la tête qui s'étoit montrée à la vulve, remonte et rentre dans le bassin. Ces effets se répètent dans le même ordre, jusqu'à ce que les protubérances pariétales se soient engagées au-dessous de la partie antérieure des

tubérosités ischiatiques ; alors le périnée reste distendu, et la tête qui en paroît presque entièrement enveloppée ne remonte plus après la douleur.

Opinions des Auteurs sur la rentrée de la tête après la douleur.

650. La plupart des Accoucheurs attribuent la rentrée de la tête, après chaque douleur, dans ces derniers temps, à l'entortillement du cordon ombilical sur le col de l'enfant, et proposent divers moyens pour en faciliter la sortie. Il paroîtra peut-être étonnant que nous nous élevions contre tant d'autorités, et que nous n'assignions d'autre cause à cet effet, que l'élasticité du périnée, la réaction des muscles compris dans son épaisseur, et l'élasticité même des os du crâne; comme la raison et l'expérience s'accordent à prouver qu'il en dépend entièrement (*Voyez* §. 1188 et suiv.); et que nous rejettions tout ce qui a été proposé à cet égard.

651. Quand la tête est parvenue au point de ne plus remonter après la douleur, le périnée étant très-mince alors et très-distendu, est menacé de se déchirer; parce qu'il ne peut supporter seul les efforts réunis de la matrice et des muscles abdominaux, que le détroit inférieur, avant ce moment, supportoit avec lui. Pour prévenir cet accident, il faut engager la femme à suspendre ou à modérer les efforts qui sont soumis à sa volonté, tandis que l'Accoucheur, pour contre-balancer les autres, soutiendra le périnée au moyen de l'une de ses mains, jusqu'à ce que les parties extérieures soient suffisamment dilatées pour le passage de l'enfant.

652. Dans le moment où la plus grande largeur de la tête se présente à la vulve et franchit cette ouverture, on remarque que les caroncules myrtiformes disparoissent, que les nymphes diminuent,

et que le frein, pour l'ordinaire, se déchire (1).
A cet instant, le plus douloureux de l'accouchement, succède un calme jusqu'alors inconnu à la femme; et ce calme, se mêlant à la joie qu'elle éprouve d'être mère, lui rend ce dernier moment un des plus agréables.

653. Bientôt de nouvelles douleurs viendroient troubler cet instant de délices, si l'Accoucheur abandonnoit l'expulsion du tronc de l'enfant et celle du placenta aux soins de la nature; car la sortie spontanée de l'un et de l'autre ne pourroit encore s'opérer, sans quelques efforts semblables aux précédens.

Des tranchées utérines.

654. Chez bien des femmes, ces douleurs se répètent de temps à autre, et même assez fréquemment pendant les premiers jours des couches. Elles sont excitées ou par la présence des caillots qui se forment dans la matrice, ou par la surcharge des vaisseaux de cet organe qui ne se dégorgent qu'avec peine dans sa cavité : on les nomme alors Tranchées utérines. Si le premier accouchement est en général le plus long et le plus douloureux, les femmes en sont en quelque sorte dédommagées par l'absence de ces tranchées, qu'il est aussi rare de voir se reproduire après, qu'il est ordinaire de les ressentir à la suite des autres accouchemens.

---

(1) La rupture du périnée ne commence pas toujours au milieu de son bord antérieur, pour s'étendre du côté de l'anus. On a vu cette partie s'ouvrir dans son centre, et donner passage à l'enfant, tandis que le frein, ou la fourchette, étoit resté entier. (*Voyez* §. 152.)

CHAPITRE II.

De l'accouchement naturel, et de ses différences.

655. Si l'on comprend indistinctement dans la classe des accouchemens naturels tous ceux qui peuvent s'opérer par les seules forces de la mère, on en distinguera quatre espèces générales, qui en renfermeront elles-mêmes de particulières. 1.° L'accouchement dans lequel l'enfant présente le sommet de la tête; 2.° celui où il vient en offrant les pieds; 3.° l'accouchement où les genoux s'engagent les premiers; 4.° celui où ce sont les fesses.

Différences essentielles de l'accouchement naturel.

656. L'accouchement naturel dépend toujours du concours de plusieurs causes, dont les unes proviennent de la femme et les autres de l'enfant. Il peut être plus ou moins facile ou difficile, selon que ces causes y concourent en plus grand nombre, ou que quelques-unes d'elles viennent à manquer.

Des conditions nécessaires pour que l'accouchement s'opère naturellement.

657. La bonne conformation du bassin, des forces suffisantes, la bonne situation de la matrice, et la souplesse de son col et des parties qui forment le pudendum, sont, du côté de la femme, les conditions requises à l'accouchement naturel.

658. De la part de l'enfant, son volume ne doit pas surpasser l'étendue des ouvertures du bassin,

et il doit présenter à l'orifice de la matrice, l'une des parties indiquées au §. 655, c'est-à-dire, la tête, les pieds, les genoux ou les fesses.

ARTICLE PREMIER.

Accouchemens naturels de la première espèce, ou dans lesquels l'enfant présente le sommet de la tête.

Accouchemens naturels de la première espèce.

659. Cette première espèce d'accouchement, qui est la plus fréquente, et à tous égards la plus naturelle, offre elle-même des différences essentielles, par rapport à la manière dont la tête se présente au détroit supérieur. Parmi les positions variées que la région du sommet ou le vertex est susceptible de prendre, relativement à ce détroit, nous n'en distinguerons que six, qui constitueront autant d'espèces particulières d'accouchemens.

660. Sur dix mille six cent quatre-vingt-cinq enfans dont la position a été bien reconnue au commencement du travail de l'accouchement, dix mille trois cent vingt-deux ont présenté cette région de la tête dans l'une ou l'autre de ces six positions (1).

---

(1) Tableau des Accouchemens de l'hospice de la Maternité, depuis le 10 décembre 1797 jusqu'au 19 juin 1805.

Section première.

Signes caractéristiques du sommet de la tête, et de ses différentes positions.

661. Une tumeur ronde, d'une certaine étendue et assez solide, sur laquelle on distingue plusieurs sutures et plusieurs fontanelles, caractérise le vertex, ou la partie supérieure de la tête.

De ses caractères et de ses différences.

662. C'est la direction des sutures, et la situation des fontanelles, à l'égard du bassin, qui nous font juger de la position dans laquelle le vertex, ou le sommet se présente. Il suffit souvent, pour reconnoître cette position, de toucher l'une ou l'autre des fontanelles.

663. Dans la première position, la suture sagittale coupe le bassin obliquement de gauche à droite et de devant en arrière. La fontanelle postérieure est située derrière la cavité cotyloïde gauche, et l'antérieure au-devant et au-dessus de la symphyse sacro-iliaque droite.

664. Dans la deuxième position, la suture dont il s'agit traverse aussi le bassin diagonalement, mais en allant de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche; de sorte que la fontanelle antérieure est au-devant de celle-ci, et la postérieure derrière celle-là.

665. Dans la troisième position la fontanelle postérieure répond à la symphyse du pubis, la fontanelle antérieure au sacrum, et la suture sagittale est parallèle au petit diamètre du détroit supérieur.

666. Dans la quatrième position, cette suture est dirigée comme dans la première, avec cette différence que la fontanelle antérieure répond à la cavité cotyloïde gauche, et la fontanelle postérieure à la symphyse sacro-iliaque droite.

667. Dans la cinquième, la suture sagittale est aussi dirigée obliquement à l'égard du bassin; la fontanelle antérieure étant située derrière la cavité cotyloïde droite, et la postérieure vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque gauche.

668. Dans la sixième enfin, la première de ces deux fontanelles est derrière la symphyse du pubis, et la seconde au-devant du sacrum; la suture sagittale étant dirigée comme dans la troisième position.

669. On pourroit multiplier davantage ces positions, puisque la tête peut en prendre de moyennes entre celles que nous venons d'exposer: peut-être quelques-uns le feront-ils, lorsque d'autres trouveront que nous les avons déjà trop multipliées. La suite fera connoître à ceux-ci, que nous ne devions pas en établir un plus petit nombre; et aux premiers, que ces six positions suffisent pour l'intelligence du mécanisme de l'accouchement dans tous les autres cas.

Du rapport de ces différentes espèces d'accouchemens, quant à leur fréquence.

670. Ces diverses positions ne se rencontrent pas aussi fréquemment les unes que les autres. Il m'avoit paru, d'après mes observations particulières, que le rapport de la première à la deuxième, pouvoit être comme sept ou huit sont à un; et à l'égard de la quatrième et de la cinquième, comme quatre-vingts et même cent à un; mais on verra au §. suivant que ce rapport n'est pas exact.

Quant à la troisième et à la sixième positions, elles sont on ne peut plus rares; quoique la plupart des Accoucheurs aient cru et se persuadent encore que la troisième est la plus ordinaire.

671. De dix mille trois cent vingt-deux enfans, huit mille cinq cent vingt-deux, ou à peu près, ont présenté le sommet de la tête dans la première de ces six positions; dix-sept cent cinquante-quatre dans la seconde; vingt-cinq dans la quatrième, dix-neuf dans la cinquième; deux dans la troisième, et un seul dans la sixième.

Des positions de la tête qui sont les plus favorables.

672. Ces six positions n'étant pas également favorables à la sortie de l'enfant, on peut les distinguer en bonnes et en mauvaises. Pour que la tête soit bien située, il faut qu'elle se présente diagonalement au détroit supérieur, et de manière que l'occiput puisse aisément se tourner sous l'arcade du pubis, dès qu'elle sera descendue dans le petit bassin. Les deux premières positions, sous ce double rapport, sont les meilleures; et la troisième peut aussi passer pour bonne quand le bassin est d'une grandeur naturelle. Les autres, et surtout la sixième, à la suite desquelles le front se porte sous le pubis, mériteroient, à juste titre, le nom de mauvaises positions, si les dimensions de la tête de l'enfant n'étoient pas assez constamment beaucoup plus petites que celles du bassin de la femme : puisque souvent, malgré ce rapport favorable, la tête ne s'en dégage encore qu'avec de grandes difficultés, comme on le remarquera dans la suite.

673. Les meilleures positions de la tête, à l'égard du détroit supérieur, ne le sont pas relativement

au détroit inférieur : il n'y en a de bonne, par rapport à ce dernier, que celle où l'occiput répond à l'arcade du pubis. La tête, qui se présente d'abord le plus favorablement, peut s'engager dans le bassin de manière à rencontrer de grands obstacles à sa sortie, et tels même souvent qu'on soit obligé de terminer l'accouchement. Indépendamment de sa bonne position, il faut encore, pour que celui-ci se fasse naturellement et avec facilité, qu'elle suive une marche déterminée en passant à travers le bassin ; mais une marche différente à quelques égards dans chacune des six positions que nous avons établies.

Section II.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel, où l'enfant présente le sommet de la tête dans la première position.

Accouchement naturel de la première espèce.

674. Si l'on fait attention à la position de la tête qui constitue cette espèce d'accouchement, il sera facile de se représenter celle du tronc et des autres parties de l'enfant dans la matrice, et de voir que le dos et le derrière de la tête répondent à la partie antérieure et latérale gauche de ce viscère ; la face, la poitrine et les genoux à sa partie postérieure et latérale droite ; les pieds et les fesses étant situés au-dessous de son fond.

675. Cette position diagonale de la tête, à l'égard du détroit abdominal, n'est pas l'effet des premières douleurs de l'enfantement, comme l'a prétendu un des plus célèbres Accoucheurs du siècle

dernier (1) : elle ne dépend nullement de la pression qu'éprouve le front contre la saillie sacro-vertébrale pendant ces premières douleurs, et qui l'oblige de s'en détourner ; elle existe long-temps avant l'époque de ces douleurs, et pour peu qu'on se rappelle la figure de la tête et ses rapports avec les parties environnantes, on verra qu'il lui étoit difficile de prendre une position plus commode.

De la direction que suit la tête de l'enfant, en descendant.

676. Assez souvent c'est la partie moyenne et postérieure de la suture sagittale qu'on touche au centre du bassin, dans le premier moment du travail ; mais ce point s'en écarte dans la suite pour faire place à l'une des fontanelles, et presque toujours à la postérieure qui descend et se présente en avant.

677. Dans l'ordre naturel, les premières contractions de la matrice, après l'évacuation des eaux, achèvent de fléchir la tête sur la partie antérieure du tronc, jusqu'à ce que le menton soit fortement appuyé sur le haut de la poitrine. Pendant ce temps, la fontanelle antérieure s'éloigne un peu, la postérieure s'approche et se découvre de plus en plus au toucher, en descendant derrière la cavité cotyloïde et le trou ovalaire gauche. La tête, dans cet état de flexion, continue de s'engager et de descendre en suivant l'axe du détroit supérieur, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par la partie inférieure du sacrum, le coccix et le périnée : l'une des bosses pariétales passant devant la symphyse

(1) *Levret*, suite des Accouchemens laborieux, édit. quatrième, page 290, etc.

sacro-iliaque gauche, et l'autre derrière la cavité cotyloïde droite.

678. Le toucher nous découvre qu'alors un peu plus du quart postérieur et supérieur du pariétal droit répond à l'arcade du pubis; que la branche droite de la suture lambdoïde est presque parallèle à la jambe gauche de cette arcade, et que l'autre branche se porte vers l'échancrure ischiatique gauche.

Direction que suit la tête, en se dégageant du bassin.

679. Pressée par de nouveaux efforts, et ne pouvant plus suivre sa première direction, la tête ne reste pas long-temps dans cet état; elle se porte en devant au moyen des plans inclinés que lui offrent le sacrum, le coccix, le périnée et les côtés du bassin; mais de manière qu'en descendant, elle exécute une espèce de mouvement de pivot qui dirige l'occiput sous l'arcade du pubis, avec laquelle il a de grands rapports, soit du côté de sa forme, soit du côté de ses dimensions.

680. Ce mouvement de pivot par lequel l'occiput vient sous le pubis, n'est dû qu'à la torsion du col de l'enfant : on peut l'évaluer à peu près d'un sixième à un huitième de cercle. Il est bien essentiel d'observer que pendant cette rotation de la tête dans la cavité du bassin, le tronc du fœtus n'exécute rien de semblable dans la matrice.

681. Après ce mouvement de rotation, la fontanelle postérieure se trouve vers le milieu et le haut de l'arcade du pubis; d'où la suture sagittale se porte en arrière, et en montant obliquement vers la saillie du sacrum, au-dessous de laquelle est alors située la fontanelle antérieure : de sorte

que toute la région du vertex occupe la courbure de cet os, prolongée jusqu'au bas de la vulve. Chaque branche de la suture lambdoïde croise de son côté la branche du pubis; et la base du col, ou la nuque, ne tarde pas à s'appuyer contre le bord inférieur de la symphyse de ces os.

682. Le menton, toujours appliqué sur le haut de la poitrine, commence à s'en écarter à cette époque du travail; ce qui force l'occiput à s'engager sous le pubis et à s'avancer dans la vulve, en se relevant au-devant du mont de Vénus; ou, ce qui est la même chose, en se renversant en arrière, si l'on n'a égard qu'à l'enfant.

683. Dans ce dernier temps, la tête décrit presque un quart de cercle en roulant sur le bord inférieur de la symphyse du pubis, comme le fait une roue sur son essieu. Dans ce mouvement, dont le centre est à la nuque de l'enfant, l'occiput parcourt bien moins de chemin, en se relevant vers le pubis de la mère, que le menton n'en fait en arrière pour paroître au bas de la vulve et s'en dégager, puisque celui-ci passe successivement devant tous les points d'une ligne qui diviseroit en deux parties égales et selon leur longueur, le sacrum, le coccix et le périnée, et qu'alors il est autant éloigné du haut de la poitrine de l'enfant qu'il en étoit près auparavant.

Direction que prend la tête après la sortie.

684. Le menton est à peine sorti de la vulve, que la face se tourne vers l'une des cuisses de la femme, mais presque toujours vers la droite : ce qui dépend de l'espèce de torsion qu'a éprouvée le col dans le temps indiqué au §. 679, et qui s'efface alors, parce que la tête étant libre, après sa sortie,

peut reprendre sa position naturelle à l'égard du tronc.

685. Quand l'effort qui fait rouler la tête sur son axe dans la cavité du bassin se soutient assez pour expulser l'enfant complètement, celui-ci se dégage quelquefois en décrivant un mouvement en forme de demi-pas de vis très-alongé, la face se tourne vers la cuisse gauche, et la poitrine s'y dirige également : mais l'on ne voit en cela qu'une exception à la loi générale.

Direction dans laquelle se dégagent les épaules.

686. Dans cette espèce d'accouchement, les épaules qui se sont engagées obliquement dans le détroit supérieur, viennent se présenter différemment à l'inférieur. L'épaule droite se tourne du côté du pubis, et la gauche vers le sacrum ; de sorte que leur plus grande largeur répond encore à celle de ce même détroit, ou au diamètre cocci-pubien. Après ce déplacement, l'épaule gauche continue de s'avancer vers le bas de la vulve, où elle paroît avant que la première ne se dégage de dessous le pubis : quand elles sont dehors l'une et l'autre, le reste du tronc se dégage avec la plus grande facilité, par rapport à sa forme conique et alongée ; mais il le fait aussi en s'élevant au-devant du pubis de la mère, et en se recourbant un peu sur lui-même : de sorte qu'un de ses côtés s'arrondit pour s'accommoder à la courbure du sacrum, du coccix et du périnée, tandis que celui qui répond au pubis devient un peu concave.

Remarque sur le mécanisme de cette espèce d'accouchement.

687. En suivant pas à pas la marche que nous venons de tracer d'après l'observation, on remarque 1.° que la tête ne présente au bassin, dans tous

les temps du travail, que ses plus petits diamètres, et qu'elle le traverse en n'y offrant que sa plus petite circonférence : 2.° qu'elle exécute trois mouvemens différens dans ce trajet; celui de flexion en avant dans le premier temps, celui de pivot dans le deuxième, et enfin celui de flexion en arrière dans le moment où elle se dégage de dessous le pubis.

688. La nature ne peut s'écarter de cette marche, que l'accouchement n'en devienne plus long et plus difficile, même souvent impossible sans les secours de l'art. La tête, en effet, ne peut descendre autrement, qu'elle ne présente l'un de ses plus grands diamètres au bassin ; qu'elle ne se renverse sur le dos en s'y engageant, et que le front, ou la fontanelle antérieure, ne vienne se placer au centre du détroit inférieur : ce qui ne lui permet alors, ni d'exécuter le mouvement de pivot dont il a été parlé, ni de se dégager, si ce n'est quand le bassin est des plus grands respectivement à sa grosseur. (*Voyez* §. 1278 et suiv.)

689. Ceux qui ont bien compris ce que nous avons dit du rapport des dimensions de la tête de l'enfant avec celles du bassin, et de la manière dont se propagent les forces expultrices de la matrice, connoîtront bientôt la source de tant d'obstacles, et verront qu'il est aussi aisé en quelques cas de les prévenir, qu'il est difficile de les surmonter quand ils ont lieu. (*Voyez* les §. indiqués à la fin du précédent.)

Section III.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel, où l'enfant présente le sommet de la tête dans la deuxième position.

Seconde espèce d'accouchement naturel.

690. Cette position de la tête, dont les caractères sont décrits au §. 664, paroîtra tout aussi favorable à la sortie de l'enfant que la première, si l'on ne fait attention qu'au rapport des dimensions de cette partie avec celles du bassin. Dans l'une et l'autre de ces positions, la suture sagittale est dirigée selon un des diamètres obliques du détroit supérieur, et l'occiput se trouve également près de la symphyse du pubis, au-dessous de laquelle il doit se porter dans la suite.

Des causes qui la rendent souvent un peu plus difficile que la première.

691. La nature trouve cependant, quelquefois, dans cette espèce d'accouchement, un peu plus d'obstacles qu'elle n'en rencontre dans la précédente : ce qu'on peut attribuer, 1.° à l'obliquité latérale droite de la matrice, qui est bien plus fréquente que l'obliquité latérale gauche; 2°. à la situation de l'intestin rectum à l'égard du sacrum, et aux matières endurcies qu'il contient souvent. La première de ces causes expose la tête, en s'engageant dans le bassin, à suivre cette marche désavantageuse annoncée au §. 688 et décrite au §. 1278; et la seconde rend un peu plus difficile le mouvement de pivot, par lequel l'occiput doit se tourner sous le pubis, dans les derniers temps du travail; l'intestin rectum, placé sur le côté gauche du sacrum, empêchant le front qui répond à

la symphyse sacro-iliaque gauche de se porter librement dans la courbure de ces os.

692. Le mécanisme de l'accouchement, quand la matrice n'est pas très-déviée du côté droit, et lorsque les autres choses sont bien disposées d'ailleurs, est en tout semblable à celui de la première espèce. L'occiput s'enfonce de même dans la cavité du petit bassin; il vient se placer sous l'arcade du pubis, et se dégage en se contournant sur la partie inférieure de la symphyse, et en s'élevant du côté du mont de Vénus, pendant que le menton décrit en arrière une ligne courbe très-alongée, comme il est dit au §. 683.

693. Dès que la tête est sortie, la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère, comme elle s'est portée vers la cuisse droite à la suite de la première position : l'épaule gauche aussitôt se place sous le pubis, et la droite va du côté du sacrum, pour avancer dans l'ordre indiqué au §. 686. La face, par une nouvelle exception à la loi générale, se tourne aussi quelquefois vers la cuisse droite de la femme, au lieu de se porter vers la gauche, et la poitrine en fait autant à mesure qu'elle se dégage (1).

(1) Voyez §. 685 pour connoître la cause de ce mouvement de rotation.

Section IV.

Du mécanisme de l'Accouchement, où le sommet de la tête se présente dans la troisième position. (Voyez §. 665.)

Opinion des Auteurs sur la troisième position de la tête.

694. La plupart des Accoucheurs pensent encore aujourd'hui, que la tête se présente communément dans cette position. On ne voit pas trop quelle est la source de leur erreur, si ce n'est un attachement trop aveugle pour la doctrine de leurs maîtres; car la nature doit leur fournir tous les jours des preuves du contraire de ce qu'ils avancent, la tête se présentant on ne peut plus rarement dans cette situation au commencement du travail (1).

Condition nécessaire pour que cette espèce d'accouchement soit aussi favorable que les précédentes.

695. Cette troisième position paroît d'abord moins avantageuse que les deux précédentes, en ce que le diamètre longitudinal de la tête semble se présenter au plus petit du détroit supérieur; mais pour peu qu'on se rappelle que ce dernier a le plus souvent quatre pouces d'étendue, et que le diamètre occipito-frontal de la tête n'avance presque jamais de front, on voit que l'accouchement peut être aussi facile dans ce cas que dans les autres.

Du mécanisme par lequel la tête traverse le bassin.

696. Quand la matrice n'est inclinée en aucun sens, la tête s'engage dans le bassin en suivant les lois ordinaires; c'est-à-dire, que l'occiput descend le premier derrière la symphyse du pu-

---

(1) Voyez §. 671.

bis, tandis que le menton se relève du côté de la poitrine de l'enfant; de sorte que la tête ne présente, pour ainsi dire, que sa hauteur ou son diamètre perpendiculaire, au petit diamètre du détroit supérieur.

697. Dès que le sommet est parvenu sur la partie inférieure du sacrum, l'occiput se trouvant placé sous l'arcade du pubis à laquelle il répond naturellement dans cette position, la tête se dégage comme dans les deux premières. (*Voyez* §. 682 et 683.) Après sa sortie, les épaules viennent se présenter au détroit inférieur, comme on le voit §. 685; mais alors tantôt c'est l'épaule droite qui se porte en arrière, et tantôt c'est la gauche : au lieu que dans les autres positions leur marche est presque constante.

Des choses qui peuvent rendre cette espèce d'accouchement plus difficile.

698. L'obliquité antérieure de la matrice étant assez fréquente, et l'attitude que prend la femme avant que la violence du travail ne l'oblige de se coucher, pouvant encore favoriser cette obliquité, si la tête se présentoit souvent dans la troisième position, souvent aussi on la verroit descendre en se renversant sur le dos de l'enfant, et elle viendroit offrir le front au centre du détroit inférieur : ce qui rendroit l'accouchement très-difficile, et même impossible sans les secours de l'art, comme nous l'avons presque toujours observé dans ce cas. (*Voyez* §. 1289, et suiv.)

Section V.

Du mécanisme de l'accouchement, où le sommet de la tête se présente dans la quatrième position.

De la quatrième espèce d'accouchement naturel.

699. Dans cette espèce d'accouchement, la position de la tête (*voyez* §. 666) est telle, que sa sortie devient assez souvent très-difficile, si le bassin n'est pas d'une grande largeur relativement à son volume; parce que la face se tourne insensiblement en dessus, et que le front vient se présenter à l'arcade du pubis dans le dernier temps.

700. Dans l'ordre le plus naturel, l'occiput s'enfonce dans le petit bassin, en passant au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, jusqu'à ce que la partie postérieure et supérieure du pariétal droit soit appuyée sur le bas du sacrum. Dans ce moment, la tête étant forcée de tourner sur son pivot, l'occiput passe dans la courbure du sacrum, dont il est très-près; et le front, en suivant le plan incliné que lui offre le côté gauche du bassin, se porte sous le pubis.

Cette espèce se réduit quelquefois à la deuxième.

701. Il arrive cependant quelquefois, mais trop rarement pour le bonheur de la femme et de l'enfant même, que la tête, en descendant, se rapproche de la deuxième position; de sorte que l'occiput se tourne en devant au lieu de se porter du côté du sacrum. Ces exemples de quatrième position, réduite comme spontanément à la deuxième, et de là à celle qui est la plus ordinaire au détroit inférieur, semblent indiquer ce

que nous devons faire pour épargner à la femme les plus grandes difficultés de son travail; car en s'y prenant de bonne heure, souvent on parvient à faire suivre à la tête cette direction favorable.

De la direction que suit la tête en sortant.

702. Le front s'étant placé sous le pubis, comme il est dit au §. 700, on trouve la fontanelle antérieure au sommet de l'arcade, et la postérieure au-dessus de la pointe du sacrum. Pendant que cette dernière fontanelle continue de se porter en avant et de s'approcher du bas de la vulve, en suivant la pente du coccix et du périnée, le front, ne pouvant s'avancer sous l'arcade du pubis et s'y engager comme le fait l'occiput dans les premières positions, est contraint de remonter derrière la symphyse, au bord inférieur de laquelle la fontanelle antérieure s'applique alors fortement jusqu'à ce que la postérieure, et ensuite la nuque, paroissent au bas de la vulve.

703. Dans ce dernier instant, le périnée se trouve beaucoup plus développé et plus distendu que dans l'accouchement de la première espèce, et c'est son bord antérieur, sur lequel est appuyée la nuque, qui devient comme l'axe autour duquel roule le derrière de la tête, en se dégageant du bassin; comme il tourne sur le bord inférieur de la symphyse du pubis, dans les trois cas précédens.

704. L'occiput en sortant, dans cette quatrième espèce d'accouchement, se renverse sur le périnée, ou vers l'anus de la femme, pendant que la face se dégage de dessous le pubis, et que le menton décrit une ligne courbe, de l'étendue de celle qu'il parcourt en arrière dans les trois premières espèces, avant de paroître au bas de la vulve, mais en sens

contraire. A peine le menton paroît-il au-dehors, que la face se tourne à demi vers la cuisse gauche de la femme, comme pour regarder l'aine de ce côté. L'épaule gauche, pendant ce temps, se place sous le pubis, et la droite se porte vers le sacrum pour se dégager ensuite la première.

705. Cette espèce d'accouchement est toujours plus difficile que les précédentes, et peut le devenir bien plus encore par les circonstances variées qui compliquent assez souvent le travail, et surtout à l'occasion de l'obliquité latérale droite de la matrice.

Section VI.

Du mécanisme de l'Accouchement, où le sommet de la tête se présente dans la cinquième position.

Cinquième espèce d'accouchement naturel.

706. Le rapport des dimensions de la tête du fœtus avec celles du bassin de la mère, dans la position qui constitue cette cinquième espèce d'accouchement (*voyez* §. 667), étant absolument la même que dans la précédente, le mécanisme par lequel s'opère la sortie de l'enfant doit aussi, toutes choses égales d'ailleurs, en être parfaitement semblable.

Direction que suit la tête en descendant.

707. L'occiput, en effet, se plonge le premier dans le fond du bassin, en passant au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, comme il le fait dans la quatrième espèce, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; d'où il se tourne ensuite vers le milieu du sacrum, tandis que le front vient

se placer sous le pubis, en suivant le plan incliné que forme le côté droit du bassin. Après cela, le reste se passe selon l'ordre indiqué au §. 702 et suivans : si ce n'est cependant que la face se tourne obliquement vers l'aine droite, après la sortie de la tête ; que l'épaule droite se glisse sous le pubis, et la gauche au-devant du sacrum, pour suivre, en sortant, la marche qui leur a été assignée ci-dessus. (*Voyez* §. 686.)

Cette espèce d'accouchement se réduit quelquefois à la première.

708. Quelquefois l'occiput, au lieu de se tourner vers le sacrum, se rapproche insensiblement de la cavité cotyloïde gauche, à mesure que la tête se plonge dans le bassin ; et cette cinquième espèce d'accouchement se réduit insensiblement à la première, comme la précédente revient à la seconde. La nature, en cela, semble nous tracer encore la route que nous devons chercher à lui faire suivre, pour procurer à la femme un avantage souvent inappréciable.

709. Cette espèce d'accouchement, plus difficile par elle-même que les deux premières, à cause de la tendance naturelle de la face à se placer sous le pubis, à mesure que la tête s'enfonce dans le bassin, peut le devenir bien davantage par rapport aux circonstances accidentelles qui compliquent quelquefois le travail, et surtout à la grande obliquité latérale gauche du fond de la matrice.

SECTION VII.

Du mécanisme de l'Accouchement, où le sommet de la tête se présente dans la sixième position.

De la sixième espèce d'accouchement naturel.

710. Cette espèce d'accouchement est la plus rare de toutes celles que nous venons d'exposer, puisque sur dix mille six cent quatre-vingt-cinq enfans, un seul s'est présenté de cette manière : ce qui vient sans doute de ce que le derrière de la tête étant arrondi et très-lisse, ne peut, à cause de la mobilité dont jouit l'enfant jusqu'après l'évacuation des eaux, et celle de la matrice même, rester appliqué sur la saillie de la dernière vertèbre lombaire, qui lui offre sur les côtés des espaces plus convenables à sa forme.

711. On seroit dans l'erreur, si l'on croyoit que la tête s'est présentée dans cette position au détroit supérieur, toutes les fois qu'on voit la face se dégager de dessous le pubis sur la fin du travail : car cela ne dépend presque toujours que du mouvement de pivot que la tête exécute en descendant, quand elle se présente dans la quatrième ou dans la cinquième position, que nous venons de décrire.

Opinion qu'on a eue de cette espèce d'accouchement.

712. Si la sixième position du sommet de la tête, au détroit supérieur, est, de l'aveu de tous les Accoucheurs, la moins favorable, elle est aussi très-heureusement la plus rare. Les difficultés de l'accouchement dépendent alors bien moins de ce que la longueur de la tête semble se présenter au petit diamètre de l'entrée du bassin, comme

on pourroit se le persuader, que de la présence inévitable de la face sous le pubis, dans le dernier temps.

Direction que la tête suit en traversant le bassin.

713. Dans cette sixième position, le bassin étant bien conformé, l'occiput descend le long du sacrum, comme il le fait au-devant des symphyses sacro-iliaques dans la quatrième et cinquième positions. La fontanelle postérieure, que nous prenons toujours pour guide, passe successivement sur tous les points de cette ligne courbe, dont il est parlé au §. 683, pour venir se montrer au milieu du croissant que forme le bas de la vulve, lorsque le périnée est bien développé et très-distendu. Dans ce moment, le bord antérieur de celui-ci semble se retirer vers l'anus de la femme, et sur la base du col de l'enfant, comme on le remarque au §. 703; l'occiput commence à se renverser du même côté, et la face se dégage de dessous le pubis, en suivant le trajet indiqué au §. 704.

714. A peine le menton est-il dehors, que la face se tourne vers l'une des aines de la femme; mais assez indistinctement vers la droite ou vers la gauche, sans qu'on puisse en assigner la cause particulière.

715. Les épaules, aussitôt après, présentent leur plus grande largeur selon la longueur de la vulve, l'une d'elles se portant vers le pubis, et l'autre vers le sacrum, pour se dégager comme dans les cinq premières espèces d'accouchemens qui viennent d'être décrites.

716. Si la sixième espèce est constamment plus difficile que les précédentes, lorsque les choses se passent encore de la manière la plus favorable, à

combien d'obstacles la nature ne se trouve-t-elle pas en butte, quand quelques-unes des conditions énoncées viennent à manquer, ou que d'autres circonstances compliquent le travail?

Section VIII.

Remarques sur les Accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête.

Remarques sur quelques positions du sommet de la tête, qui ont rapport à celles dont nous venons de parler.

717. La tête peut sans doute se présenter à l'entrée du bassin, d'une manière différente de celles dont nous venons de faire mention. La suture sagittale ne suit pas toujours exactement les directions assignées; et la fontanelle postérieure ne repond pas constamment aux points du détroit supérieur que nous avons marqués ci-dessus. Cette fontanelle, que nous ne cesserons de prendre pour guide, répond quelquefois à l'un des espaces intermédiaires à ces six points; de sorte qu'on pourroit encore établir six autres positions, qui en renfermeroient également d'intermédiaires.

718. Cette multiplicité de positions seroit non-seulement inutile et superflue, mais elle pourroit encore jeter de la confusion dans les idées. Il n'est, en effet, aucune de ces positions moyennes qui ne puisse être rapportée à l'une des six premières; et chacune d'elles doit, avec d'autant plus de raison, être désignée sous le nom de celle, parmi ces six, dont elle se rapproche le plus, que le mécanisme de l'accouchement en est parfaitement le même.

719. Ces positions intermédiaires doivent être rapportées aux trois premières toutes les fois que

la fontanelle postérieure répond à l'un des points que comprend la demi-circonférence antérieure du bassin ; parce que cette fontanelle se rapproche insensiblement du bas de la symphyse du pubis, au-dessous de laquelle l'occiput vient se placer dans le dernier temps de l'accouchement.

720. La tête suit même quelquefois cette direction, quoique la fontanelle dont il s'agit soit vis-à-vis l'une des symphyses sacro-iliaques, au début du travail, comme nous l'avons fait remarquer à l'occasion de la quatrième et de la cinquième positions. Mais quand elle est plus en arrière, et lorsqu'elle répond à l'un des points compris dans le tiers postérieur du détroit, toutes ces positions intermédiaires doivent être rapportées à l'une des trois dernières : c'est-à-dire, à la quatrième, à la cinquième, ou à la sixième ; parce que l'occiput en descendant se tourne constamment vers le sacrum, et le front sous le pubis.

ARTICLE II.

Des Accouchemens naturels de la seconde espèce, ou de ceux dans lesquels l'enfant présente les pieds.

Seconde espèce générale d'accouchemens naturels.

721. Quoique l'observation ait déjà prouvé un très-grand nombre de fois que la femme pouvoit se délivrer presque aussi naturellement d'un enfant présentant les pieds, que de celui où la tête vient la première, on est encore dans l'usage de classer ces sortes d'accouchemens parmi ceux qu'on nomme Contre-nature, et de les traiter comme tels. Nous

n'examinerons pas scrupuleusement ici, si l'on a raison ou non, considérant purement et simplement ces accouchemens comme naturels, et nous réservant de dire ailleurs ce qu'ils indiquent de particulier selon les circonstances.

722. Quoique nous les placions immédiatement après les accouchemens où l'enfant présente la tête, on ne doit pas en conclure qu'ils sont les plus fréquens après ceux-ci, ni peut-être même les plus naturels, car les fesses se présentent bien plus souvent. Sur dix mille six cent quatre-vingt-cinq enfans, cent quatre seulement ont offert les pieds à l'orifice de la matrice, et cent soixante les fesses (1).

Section première.

Des signes qui annoncent que l'enfant présente les pieds.

Caractères de ces accouchemens, et de leurs espèces.

723. Les accouchemens où l'enfant présente les pieds, s'annoncent comme les précédens; les phénomènes du travail en sont les mêmes jusqu'à l'ouverture de la poche des eaux; et après ce temps il est si facile de reconnoître les pieds, si on ne l'a déjà fait auparavant, que nous croyons devoir nous dispenser d'en indiquer les caractères; mais il n'est pas toujours également aisé de saisir leur véritable position, et de juger d'après elle, de celle du tronc et de la tête de l'enfant dans la matrice, à cause de l'extrême mobilité des jambes, des

(1) Hospice de la Maternité.

cuisses, et des pieds mêmes. A la vérité l'on ne doit pas s'en mettre fort en peine, avant que les fesses ne paroissent au-dehors, puisque les plus grandes difficultés de l'accouchement en pareil cas, quelle qu'en soit la cause, ne proviennent que du volume des épaules et de la tête, respectivement aux détroits du bassin, ou de la manière dont ces parties s'y présentent.

Les pieds peuvent se présenter dans quatre positions.

724. Relativement à ces dernières parties, nous distinguerons quatre positions principales, auxquelles on pourra rapporter toutes les autres, et ces quatre positions constitueront autant d'espèces d'accouchemens.

725. Dans la première, les talons répondent au côté gauche du bassin, et un peu en devant : les orteils, du côté droit et en arrière; à-peu-près vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque, au-dessus de laquelle sont placées la poitrine et la face, tandis que le dos est situé sous la partie antérieure et latérale gauche de la matrice.

726. Dans la deuxième position, les talons regardent le côté droit du bassin, et les orteils le côté gauche et un peu en arrière. Le tronc et la tête sont situés de manière que la poitrine et la face répondent à cette partie de la matrice qui est au-dessus de la symphyse sacro-iliaque gauche, et le dos à la partie antérieure et latérale droite de ce viscère.

727. Dans la troisième position, les talons sont tournés vers le pubis, et les orteils vers le sacrum. Le dos de l'enfant est sous la partie antérieure de la matrice, et sa poitrine répond à la colonne lombaire de la mère.

728. La quatrième position est l'opposée de la troisième ; le dos de l'enfant et les talons regardant la partie postérieure de la matrice, tandis que les orteils, la face et la poitrine se trouvent sous la partie antérieure de ce viscère.

Section II.

Du mécanisme de l'Accouchement naturel, où l'enfant présente les pieds dans la première position.

Première espèce d'accouchement où l'enfant présente les pieds.

729. Dans cette espèce d'accouchement, comme dans les trois autres, les pieds ne peuvent descendre qu'autant qu'ils sont poussés par les fesses de l'enfant, sur lesquelles ils sont appuyés. Ils avancent quelquefois difficilement, parce que les jambes en se croisant dans le bassin, et d'autres causes, peuvent y apporter des obstacles.

De la manière dont se dégage le tronc de l'enfant.

730. Dès qu'ils sont dehors, les fesses ne tardent pas à paroître à la vulve ; et elles s'y présentent presque toujours diagonalement, de manière que la hanche gauche, dans cette première espèce, répond à la jambe droite de l'arcade du pubis, et la hanche droite au ligament sacro-ischiatique gauche. Les fesses continuent de s'avancer dans cette direction, et en se relevant un peu vers le mont de Vénus, à mesure que le tronc se dégage ; parce que celui-ci est forcé de se recourber légèrement sur l'un de ses côtés, pour s'accommoder à la courbure du bassin.

De la direction que prennent les bras.

731. Pendant que les choses se passent ainsi sous nos yeux, à l'égard du tronc, dans cette première position des pieds, comme dans les trois

autres, les bras de l'enfant semblent se relever vers les régions latérales de la tête, en suivant une marche qu'il est aisé de se représenter, pour peu qu'on se rappelle leur situation naturelle sur les côtés de la poitrine.

732. Le tronc cesseroit de descendre, lorsque les aisselles parviennent au détroit supérieur, et seroit arrêté à cette hauteur à cause de la saillie des bras, si les épaules, quoique placées selon un des plus grands diamètres de ce détroit, n'étoient pas aussi mobiles qu'on l'observe, et ne pouvoient pas diminuer de largeur ; mais à la faveur de ces dispositions, elles s'accommodent à la figure du bassin, et s'y engagent moyennant quelques efforts de plus de la part de la matrice et des puissances auxiliaires.

De la direction que suit la tête, et de la manière dont elle traverse le bassin.

733. La tête ne tarde pas ensuite à se présenter au même détroit, et le fait de manière que l'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et la face à la symphyse sacro-iliaque droite.

734. Le menton, naturellement appuyé sur la poitrine, s'engage alors avant l'occiput, et de sorte même qu'il est déjà très-bas quand celui-ci vient à rencontrer le rebord du bassin, qui, le retenant encore, favorise la marche et la descente du premier.

735. Si la tête s'engage diagonalement dans le détroit supérieur, elle ne tarde guère à changer de direction : à peine l'a-t-elle franchi, qu'elle fait un mouvement de pivot, semblable à celui dont il est parlé au §. 679, au moyen duquel le front se tourne vers le milieu du sacrum, dont la courbure s'accommode mieux à sa forme arrondie, et lui offre

plus d'espace. La face, après ce mouvement, se trouve couchée le long du coccix et du périnée; la nuque ou la base du col, appuyée contre le bord inférieur de la symphyse du pubis, et l'occiput en quelque sorte caché derrière celle-ci.

736. Le menton étant alors très-près de la vulve, y paroît à la première ou à la seconde douleur; la bouche, le nez, le front, la fontanelle antérieure et le sommet de la tête s'y présentent ensuite, de sorte qu'on les voit passer successivement au-devant du frein, ou sur le bord antérieur du périnée, pendant que la nuque semble se tourner seulement un peu sur le bord inférieur de la symphyse du pubis, comme sur un axe.

737. Dans ce dernier temps du travail, les efforts presque toujours soumis à la volonté de la femme, et auxquels elle est alors plus vivement excitée qu'auparavant, paroissent les seuls nécessaires à l'expulsion de la tête, les contractions de la matrice y coopérant bien peu dans ce moment; ce qui devroit engager la femme à pousser de toutes ses forces, et l'Accoucheur, à ne pas tirer inconsidérément sur le tronc de l'enfant, pour accélérer la sortie de la tête, comme on le pratique souvent, dans la dangereuse persuasion où l'on est qu'on ne sauroit l'extraire trop tôt.

De la sortie du bras.

738. Si les bras de l'enfant, arrêtés par les coudes sur le rebord du bassin, se relèvent du côté de la tête et deviennent presque parallèles à la longueur du col, à mesure que le tronc et les épaules descendent, ils se dégagent comme d'eux-mêmes aussitôt que ces dernières sont dehors, et que la tête est parvenue dans le fond du bassin.

739. En observant soigneusement la marche de l'enfant dans cette première espèce d'accouchement, on voit encore avec quelle sagesse la nature en a dirigé tous les mouvemens, pour que le plus grand diamètre des fesses, celui des épaules et de la tête, ne se présentent jamais aux plus petits diamètres du bassin, et pour que la tête surtout traverse cette cavité, en n'y offrant que la plus petite de ses deux circonférences.

Remarque sur cette espèce d'accouchement.

Section III.

Du mécanisme de l'Accouchement où l'enfant présente les pieds dans la seconde position.

740. On ne peut se rappeler les caractères de la position des pieds qui constitue cette espèce d'accouchement, sans remarquer entre le fœtus et le bassin de la mère, le même rapport de dimensions que dans la position précédente, et sans être convaincu que le mécanisme de l'expulsion de l'enfant doit être le même dans ces deux cas.

De la deuxième espèce d'accouchement où les pieds se présentent.

741. Les pieds descendent en effet, dans celui dont il s'agit, comme dans le premier; les fesses traversent le détroit abdominal dans une direction diagonale; les épaules s'y engagent de même, et leur largeur devient ensuite parallèle à la longueur de la vulve; la tête présente également sa plus grande étendue selon un des diamètres obliques du premier détroit, mais de sorte que l'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et la face à la jonction sacro-iliaque gauche; la face se tourne vers le sacrum, aussitôt que la tête a tra-

versé ce détroit, et elle continue d'avancer, en suivant la courbure commune de cet os, du coccix et du périnée; pendant que la nuque ou le derrière du col, dans ce dernier temps, semble se contourner un peu sur le bord inférieur de la symphyse du pubis, comme dans le cas précédent. (*Voyez* §. 736 et suiv.)

Section IV.

Du mécanisme de l'Accouchement où l'enfant présente les pieds dans la troisième position.

De la troisième espèce d'accouchement naturel, où l'enfant présente les pieds.

742. La position des pieds qui caractérise cette espèce d'accouchement, a toujours été regardée comme la plus favorable des quatre que nous avons assignées, et le paroîtra peut-être encore à ceux qui ne feront attention qu'au rapport des diamètres de la poitrine et des épaules de l'enfant avec les diamètres du détroit supérieur ou abdominal; surtout à l'égard de certaines femmes, dont le bassin est un peu resserré dans la direction du pubis au sacrum : mais on doit en penser différemment si l'on considère le rapport des dimensions de la tête avec ce même détroit, et surtout si l'on admet que ce rapport peut se conserver tel dans les progrès du travail.

De la manière dont s'opère cette espèce d'accouchement.

743. Les pieds et le tronc de l'enfant peuvent sortir dans cette espèce d'accouchement, en conservant leur position primitive à l'égard de la femme; c'est-à-dire le dos tourné directement vers le pubis, lorsque le détroit abdominal est resserré selon son diamètre sacro-pubien, et le détroit périnéal très-large transversalement. Mais on

seroit dans l'erreur si on pensoit, en voyant descendre ainsi ces parties, que la tête garde de même sa position primitive, que la face demeure exactement en-dessous, et que le front suit la direction de la colonne lombaire de la femme. La mobilité de la tête et la forme arrondie du front annoncent au moins combien il est difficile que ce dernier descende de cette manière, et vienne passer sur l'angle formé par l'union de la base du sacrum et de la dernière vertèbre, en s'enfonçant dans le petit bassin : surtout quand le détroit de celui-ci est resserré comme nous l'avons dit.

744. Quoique le dos de l'enfant se dégage quelquefois directement de dessous le pubis, l'observation prouve que le front se détourne presque toujours de la convexité de la colonne lombaire, et se déjette de côté; de sorte que la tête vient se présenter diagonalement au détroit supérieur, comme dans la première ou dans la seconde position, pour le franchir, ainsi que le reste du bassin, de la manière qui a été décrite au §. 733 et suivans.

Section V.

De l'Accouchement naturel, où l'enfant présente les pieds dans la quatrième position.

De la quatrième espèce d'accouchement naturel, où les pieds se présentent.

745. La quatrième position des pieds est sans contredit la moins favorable de toutes celles que nous avons admises ; mais ce n'est point, comme l'ont pensé les Accoucheurs, parce que la face venant en-dessus, le menton doit s'accrocher au rebord supérieur du pubis, et s'opposer à la sortie de

la tête. Si l'observation a quelquefois prêté son appui à cette opinion, le plus souvent elle a démontré que la crainte de cet accident étoit mal fondée, et même que les précautions recommandées pour le prévenir n'avoient servi qu'à le favoriser.

De la manière dont s'opère cette espèce d'accouchement.

746. Si l'accouchement s'opère avec un peu plus de difficulté, dans cette quatrième position des pieds que dans les trois autres, cela vient de ce que la face ne trouve pas au-dessous du pubis, dans le dernier temps du travail, autant d'espace pour se dégager, qu'elle en rencontre vers le sacrum dans les autres cas.

747. Quand on laisse agir la nature sans contrainte, et que sous prétexte de l'aider on ne fait aucune manœuvre capable de la troubler dans sa marche, il est rare que le tronc de l'enfant ne change pas de direction en descendant, que la poitrine ne se détourne pas de dessus le pubis, et que les fesses, ainsi que les épaules, ne s'engagent pas obliquement dans l'un et l'autre détroit du bassin; à peu près comme nous l'avons observé dans les premières positions.

748. Indépendamment de ces changemens qu'éprouve le tronc, le menton se détourne le plus souvent de dessus la symphyse du pubis avant que d'y arriver; parce que l'occiput, à cause de sa forme arrondie et de l'extrême mobilité de la tête, ne peut descendre en suivant exactement le milieu de la convexité de la colonne lombaire, pour s'arrêter et se fixer au-dessus de l'angle sacro-vertébral. S'il ne se place pas constamment sur l'un des côtés de cette colonne, au moins le fait-il presque toujours; de sorte que la base du crâne vient

encore se présenter diagonalement à l'entrée du bassin, de manière que la face répond à l'une des cavités cotyloïdes, et l'occiput à la symphyse sacro-iliaque opposée.

De la direction que suit la tête, en se dégageant du bassin.

749. La tête s'étant ainsi placée, s'engage et traverse le bassin en suivant les mêmes lois que dans les trois premières espèces d'accouchemens où les pieds se présentent. Le front descend également avant l'occiput ; mais au lieu de passer en arrière vers l'une des symphyses sacro-iliaques, et de se tourner ensuite vers le milieu du sacrum, il le fait derrière l'une des cavités cotyloïdes pour venir aussitôt sous l'arcade du pubis.

750. Après ce mouvement de rotation, la partie postérieure du col de l'enfant se trouve appuyée sur le bord antérieur du périnée, ou le bas de la vulve, qui devient alors comme une espèce d'axe, autour duquel la tête, en se dégageant du bassin, va rouler de devant en arrière ; comme on l'a vu décrire un quart de cercle autour du bord inférieur de la symphyse du pubis dans les premières positions, mais en sens contraire. (*Voyez* §. 736.)

751. Pendant que la tête de l'enfant décrit ce quart de cercle, la partie postérieure du col se renverse de plus en plus vers l'anus de la femme ; et on voit le menton, le nez, le front, le bregma et le vertex, se dégager successivement de dessous le pubis. Mais la sortie de la tête s'opère bien plus difficilement alors que dans le cas où la face s'est tournée vers le sacrum ; parce que l'arcade du pubis est plus étroite dans sa partie supérieure, que le front de l'enfant et que la région du vertex présentent de largeur.

Section VI.

Remarques sur les Accouchemens où l'enfant présente les pieds.

Remarque sur cette seconde espèce générale d'accouchement.

752. On auroit pu multiplier ces espèces d'accouchemens, et les porter au nombre de six, comme celles où le sommet de la tête se présente le premier, conséquemment en faire deux de plus, à l'occasion de la position particulière que prend la base du crâne au détroit supérieur, à la suite de la quatrième; puisque l'occiput, en se détournant de la colonne lombaire, se porte alors indifféremment vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque, et la face vers la cavité cotyloïde opposée. Mais nous avons cru devoir les fixer à quatre principales, parce que la théorie et le mécanisme de l'accouchement, dans toutes celles qu'on pourroit remarquer d'ailleurs, se trouvent suffisamment développés dans ce que nous venons d'exposer concernant ces premières.

De l'accouchement où l'enfant ne présente qu'un pied.

753. Il n'est pas nécessaire que les deux pieds de l'enfant se présentent ensemble, pour que l'accouchement puisse s'opérer naturellement. Cette circonstance le rend seulement un peu plus facile; mais il peut se faire de même quand un seul pied s'avance, pourvu que l'autre extrémité soit disposée de manière à s'alonger vers la poitrine de l'enfant, à mesure que la première s'engagera.

754. L'occiput ou le menton, dans tous ces cas, s'arrête bien rarement au-dessus de la saillie du sacrum, de sorte que la longueur de la tête se pré-

sente parallèlement au petit diamètre du détroit supérieur, comme on l'a craint tant de fois. Cet accident ne pouvant avoir lieu sans influer d'une manière défavorable sur la marche naturelle de l'accouchement et sans exiger les secours de l'art, nous ne dirons que dans la suite, ce qu'il faut faire, soit pour le prévenir, soit pour y remédier.

ARTICLE III.

Des Accouchemens naturels de la troisième espèce, ou dans lesquels l'enfant présente les genoux.

Accouchemens naturels où l'enfant présente les genoux.

755. Si l'on se rappelle les dimensions respectives des diverses parties du fœtus et du bassin de la femme, et le mécanisme des accouchemens qui font le sujet de l'article précédent, on ne sera point surpris de nous voir ranger dans la même classe ceux où l'enfant présente les genoux, parce qu'on verra qu'ils peuvent se faire également par les seules forces de la mère. Si nous le considérons autrement dans la suite, c'est qu'il se rencontre alors, comme dans tous les autres cas, des circonstances qui le rendent impossible ou dangereux sans les secours de l'art.

756. L'enfant n'offre presque toujours qu'un seul genou à l'orifice de la matrice; l'autre restant appuyé et comme arc-bouté contre le rebord du bassin, de manière qu'il s'oppose à l'accouchement, ou le rend au moins très-pénible, quand on n'en prévient pas les difficultés.

Caractères auxquels on

757. Il n'est pas très-facile d'abord de reconnoître au toucher, le genou qui se présente seul, à

reconnoît les genoux.

cause de sa ressemblance avec d'autres parties, dont on ne peut parcourir du bout du doigt qu'une petite étendue : mais il n'en est pas de même quand les deux genoux s'engagent ensemble ; la ressemblance des deux tumeurs les dénote assez bien pour qu'on ne soit pas obligé, comme dans le premier cas, de recourir à des caractères qui sont toujours éloignés de la portée du doigt, lorsque la poche des eaux n'est pas ouverte.

758. Ces accouchemens sont d'ailleurs assez rares; nous en avons recueilli au plus cinq à six exemples dans le cours de trente années de pratique; et l'hospice de la Maternité n'en a présenté que trois, sur dix mille six cent quatre-vingt-cinq enfans.

Espèces d'accouchemens où les genoux se présentent.

759. Il suffit, pour l'intelligence du mécanisme des accouchemens où l'enfant vient en offrant les genoux, d'en distinguer quatre espèces, comme on l'a fait à l'égard des pieds, parce que toutes celles qui pourroient se rencontrer d'ailleurs, y ont parfaitement rapport.

760. Dans la première espèce, les jambes de l'enfant, toujours fléchies quand les genoux s'engagent dans le bassin, répondent au côté gauche de la mère, et les cuisses au côté droit.

761. Dans la seconde, les cuisses regardent le côté gauche du bassin, et les jambes le côté droit.

762. Dans la troisième espèce, la partie antérieure des cuisses est tournée vers le sacrum de la mère, et les jambes sont au-dessous du pubis.

763. On observe le contraire dans la quatrième espèce, les cuisses de l'enfant étant derrière le pubis de la mère, et les jambes appuyées contre le sacrum.

Mécanisme des accouchemens naturels, où l'enfant présente les genoux.

764. Dans chacun de ces cas, la situation de l'enfant, à l'égard de la matrice qui le renferme, étant absolument la même que dans la position des pieds, indiquée sous le même nom numérique, le mécanisme de ces deux sortes d'accouchemens est aussi parfaitement semblable. (*Voyez* l'article précédent.)

ARTICLE IV.

Des Accouchemens naturels de la quatrième espèce, ou dans lesquels l'enfant présente le siége ou les fesses.

Accouchemens naturels où l'enfant présente les fesses.

765. Le vulgaire cesseroit d'être étonné de ce que tant de femmes aient pu se délivrer naturellement, quoique l'enfant se fût présenté par le siége, ou en double, selon l'expression ordinaire, s'il connoissoit mieux le rapport des dimensions de cette partie avec celles du bassin de la mère, et s'il faisoit attention que les fesses de l'enfant étant molles, peuvent céder à une pression convenable, et se mouler en quelque sorte à la forme de ce dernier. Avec ces connoissances, quelques Praticiens eux-mêmes n'auroient pas recherché dans ces mêmes accouchemens, un argument en faveur de leur opinion sur l'écartement des os pubis.

766. L'accouchement, en général, peut se faire tout aussi naturellement quand l'enfant présente les fesses, que s'il offroit les pieds ou les genoux : il est seulement, toutes choses d'ailleurs égales, un peu plus long et plus difficile que dans ces derniers cas, parce que l'enfant ne forme pas un coin aussi régulier et aussi alongé que lorsque les extré-

mités inférieures sont développées ou étendues, comme on les suppose quand les pieds s'engagent les premiers.

Caractères auxquels on reconnoît les fesses.

767. Une tumeur assez large, à laquelle on ne reconnoît ni la dureté de la tête, ni la souplesse du ventre, est le premier signe de la présence des fesses. Un sillon assez profond, au milieu duquel on trouve l'anus et les parties sexuelles, achève de les caractériser. L'issue du méconium, dès que les membranes sont ouvertes, peut, avant tout, faire présumer fortement que les fesses de l'enfant se présentent à l'orifice de la matrice; mais l'on ne peut en être certain que d'après les signes énoncés.

768. Il est toujours très-difficile de bien reconnoître cette partie de l'enfant avant l'ouverture de la poche des eaux, et de la distinguer, en quelques cas, de la tête même; et quoiqu'il paroisse presque impossible de s'y tromper dans la suite, et de ne pouvoir même en déterminer la situation à l'égard du bassin, avec la plus grande précision, on a souvent commis de grandes erreurs. (*Voy.* §. 1251 et suiv.)

On doit distinguer quatre espèces d'accouchemens où les fesses se présentent.

769. On pourroit multiplier les positions que le siége de l'enfant peut prendre à l'orifice de la matrice, autant qu'on a multiplié celles du sommet de la tête : mais nous n'en distinguerons que quatre principales, comme nous l'avons fait à l'égard des pieds. On a remarqué au §. 722, que cette partie étoit celle qui se présentoit le plus fréquemment après la tête; qu'on l'avoit rencontrée cent soixante fois sur dix mille six cent quatre-vingt-cinq.

SECTION PREMIÈRE.

Du mécanisme de l'Accouchement où l'enfant présente les fesses, dans la première position.

Caractères de la première espèce d'accouchement où l'enfant présente les fesses.

770. Dans cette espèce d'accouchement, qui est la plus fréquente de celles dont il s'agit dans cet article, les fesses se présentent à l'entrée du bassin, de manière que le dos de l'enfant est sous le côté gauche et la partie antérieure de la matrice. Mais à mesure qu'elles descendent, leur plus grande largeur devient presque parallèle au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur; la hanche gauche se place un peu obliquement sous le pubis, et la droite au-devant du sacrum. Celle-ci continue de s'avancer en suivant la pente commune du sacrum, du coccix et du périnée, et parcourt ainsi beaucoup de chemin, tandis que la hanche gauche ne fait, pour ainsi dire, que se contourner sur le bord inférieur de la symphyse du pubis pendant le passage des fesses à travers le détroit inférieur et la vulve, comme fait l'occiput, dans tous les cas où la tête se présente de la manière la plus avantageuse. (*Voy.* §. 683.)

771. On voit d'abord paroître cette même hanche à la vulve, et ensuite ce sont les fesses qui se découvrent et se dégagent, en se relevant un peu vers le mont de Vénus; de sorte que le tronc de l'enfant en sortant, se recourbe légèrement dans ce sens. Lorsque les fesses sont descendues au point que les aisselles s'approchent de la vulve, les pieds qui s'étoient alongés vers la poitrine de

l'enfant se dégagent d'eux-mêmes, et le reste de l'accouchement s'opère comme dans la première espèce où les pieds se présentent. (*Voyez* §. 732 et suivans.)

SECTION II.

Du mécanisme de l'Accouchement, où l'enfant présente les fesses, dans la deuxième position.

Caractères de la seconde position des fesses, et du mécanisme de l'accouchement.

772. Dans la deuxième position des fesses, la plus ordinaire après celle que nous venons d'exposer, leur plus grande largeur est également parallèle à l'un des diamètres obliques de l'entrée du bassin; le dos de l'enfant étant sous le côté droit et la partie antérieure de la matrice. Les fesses s'engagent comme dans la première position, et s'avancent de même; si ce n'est que la hanche droite vient se placer sous l'arcade du pubis, et que la hanche gauche se dirige vers le sacrum pour continuer de descendre en suivant la courbure de cet os et du périnée; tandis que la hanche droite, qui s'étoit montrée la première, se contourne seulement un peu sous la symphyse du pubis, pendant que les fesses franchissent la vulve. Le tronc de l'enfant se dégage également en se recourbant légèrement de ce côté; et les choses se passent du reste comme dans la deuxième espèce d'accouchement où les pieds se présentent naturellement à l'orifice de la matrice. (*Voyez* §. 741.)

Section III.

Du mécanisme de l'Accouchement, où l'enfant présente les fesses, dans la troisième et dans la quatrième position.

Caractères de la troisième position des fesses, et du mécanisme par lequel s'opère l'accouchement.

773. Dans la troisième espèce d'accouchement où l'enfant vient en offrant le siége, il est placé de manière que le dos est sous la partie antérieure de la matrice, et le ventre sur la partie postérieure de ce viscère. Mais il est rare qu'il descende dans cette position, et plus rare encore que le front ne se détourne pas dans la suite, du milieu de la saillie que forme la base du sacrum : ce qui fait que la tête vient se présenter diagonalement au détroit supérieur, et se placer comme dans la première ou la seconde espèce d'accouchement dans lequel les pieds se présentent.

Caractères de la quatrième position des fesses; et du mécanisme de cette espèce d'accouchement.

774. Les choses se passent à-peu-près de même dans la quatrième position des fesses, où le ventre de l'enfant est en dessus, et le dos vers la partie postérieure de la matrice. Si leur largeur d'une hanche à l'autre est d'abord placée transversalement à l'égard du détroit supérieur, elle devient insensiblement parallèle à l'un de ses diamètres obliques, et ensuite au plus grand diamètre du détroit inférieur; de sorte que la longueur de la base du crâne se présente de même à l'un et à l'autre de ces détroits, mais avec cette différence cependant que l'occiput se trouve en dessous, et que la face répond alors à l'une des cavités cotyloïdes; au lieu que dans les premières positions

elle est en dessous, et l'occiput vers l'une de ces cavités.

775. La troisième et la quatrième positions des fesses sont très-rares ; et la quatrième l'est encore plus que la troisième. Celle-ci a été regardée, par la plupart des Accoucheurs, comme la plus ordinaire et la meilleure, quoiqu'il s'en faille de beaucoup qu'elle soit telle. La quatrième a toujours passé pour la moins favorable ; parce que le ventre de l'enfant se trouvant naturellement en dessus, on a cru que le menton devoit s'accrocher au pubis, comme on se l'étoit persuadé à l'occasion de la position des pieds qui répond à celle-ci. Dans l'une et l'autre de ces dernières positions, lorsque les fesses ne subissent pas, en descendant, le changement de direction dont il est parlé aux §. 773 et 774, leur sortie ne peut être que pénible et très-laborieuse.

CHAPITRE III.

Des soins que l'Accoucheur doit donner à la femme pendant le travail de l'enfantement.

Devoir de l'Accoucheur envers la femme qui doit accoucher.

776. La plupart des femmes étant livrées entièrement à elles-mêmes pendant le travail de l'enfantement, se délivreroient seules; cette vérité, puisée dans la nature, n'a pas besoin de nouvelles preuves. Mais ces mêmes femmes aidées à propos, ne se délivrent-elles pas plus sûrement, et souvent avec moins de peine? C'est ce que nous allons examiner.

777. Parmi les accouchemens qui s'opèrent naturellement, les uns se font si promptement que la grande et prompte évacuation de la matrice devient quelquefois la source de plusieurs accidens très-graves et même mortels, et les autres sont si longs et si laborieux, que les suites, quoique différentes, n'en sont pas moins à craindre : d'où l'on voit qu'il doit être aussi salutaire de ralentir la marche des premiers, que d'accélérer celle des derniers.

778. S'il est des obstacles dans l'accouchement, que la nature surmonte tôt ou tard, il en est beaucoup aussi contre lesquels la femme succomberoit infailliblement, si l'on ne venoit à son secours. De ces obstacles, les uns sont prévus, parce que la cause préexiste à l'accouchement, et les autres arrivent inopinément.

779. Les fonctions de l'Accoucheur ne doivent donc pas se réduire à celles de simple spectateur. La patience qu'on lui recommande comme sa principale vertu, doit avoir des bornes : l'excès de confiance dans les ressources inconnues de la nature, que quelques-uns vantent avec une sorte d'assurance, n'étant pas moins condamnable que les manœuvres inconsidérées de ces hommes ignorans à qui la témérité semble tenir lieu de connoissances.

Section première.

Des soins qu'exige en général l'état de la femme dans le premier temps du travail.

Ce que doit faire l'Accoucheur dans le premier temps du travail.

780. Presque toujours incertaines du terme de leur grossesse, les femmes prennent souvent pour le commencement du travail de l'enfantement, des douleurs qui y sont étrangères, mais dont la marche est quelquefois telle, que celles même qui ont eu le plus d'enfans peuvent s'y tromper : combien de fois d'ailleurs n'a-t-on pas été appelé pour des femmes qui se croyoient en travail, ou qui craignoient d'accoucher prématurément, et qui n'étoient pas enceintes, ou par d'autres qui ignoroient leur état, qui attribuoient à toute autre cause les douleurs qu'elles éprouvoient, et qui étoient au moment d'accoucher ?

781. Après avoir observé pendant quelques instans la marche de ces douleurs, l'Accoucheur fera donc bien d'en rechercher la cause, pour en connoître le caractère ; afin de favoriser celles qui ont rapport à l'accouchement, et d'opposer les remèdes

convenables à celles qui y sont étrangères, dans la crainte qu'elles n'y donnent lieu par la suite, comme il arrive quelquefois.

782. Le toucher seul peut le mettre à même de distinguer avec certitude ces deux espèces de douleurs, quelquefois très-semblables dans leur marche et la manière dont elles se font sentir, mais toujours très-différentes par leur cause.

Caractères des vraies douleurs de l'enfantement.

783. La dureté qui survient au globe utérin, la roideur du bord de son orifice et la tension des membranes sur celui-ci pendant la douleur même; la détente et le relâchement de toutes ces parties, à mesure que cette douleur diminue, caractérisent d'une manière invariable celle de l'enfantement, parce que ces symptômes sont inséparables comme elle, de la contraction de la matrice.

Caractères des fausses douleurs.

784. Les effets des fausses douleurs, ou de celles qui sont étrangères à l'accouchement, sont très-différens de ceux-ci, et d'ailleurs très-variés, par rapport à la diversité de leur cause, de leur complication, et des parties qui en sont le siége. Tantôt ces douleurs dépendent de la pléthore sanguine, soit générale ou particulière; tantôt elles proviennent des matières indigestes et putrides contenues dans les premières voies; d'une pierre dans les reins, dans les uretères, ou dans la vessie; et quelquefois de plusieurs de ces causes en même temps. On n'observe jamais pendant ces sortes de douleurs, aucun des effets dont il est parlé au §. précédent, à moins qu'elles n'aient déjà donné lieu aux contractions de la matrice, et conséquemment aux vraies douleurs de l'enfantement.

785. Après avoir bien reconnu le caractère de

ces dernières, dont la récidive fréquente et l'augmentation plus ou moins prompte constituent ce qu'on appelle ordinairement le Travail de l'enfantement, l'Accoucheur doit s'assurer si la femme est parfaitement à terme ou non, afin de ne pas favoriser un travail accidentel, qu'il auroit souvent pu calmer, s'il en eût recherché la cause. Il faut donc se rappeler dans ce moment, les signes caractéristiques des différens termes de la grossesse. (*Voyez* l'article du toucher.)

Des choses auxquelles il faut avoir égard quand les douleurs de l'enfantement ont lieu.

786. Quand ces douleurs ne se font sentir qu'au temps de la maturité du fœtus, il faut avoir égard à leur fréquence et à leur intensité ; à la largeur de l'orifice de la matrice et à la dureté de son bord ; afin de juger, à-peu-près, quelle sera la durée du travail, et prévoir l'instant où se terminera l'accouchement. L'on ne doit pas oublier, pour l'exactitude du pronostic, que le premier est en général plus long que les autres, et que la dilatation de l'orifice de la matrice n'est jamais plus lente que dans le commencement du travail. (*Voyez* §. 618.)

787. On doit s'assurer aussi par le toucher, de la conformation du bassin, surtout lorsque c'est un premier accouchement, et qu'il existe quelques difformités apparentes. On doit s'assurer de même de la situation de l'orifice et de l'obliquité du fond de la matrice, ainsi que de la partie que l'enfant présente et de sa position, afin de prescrire de bonne heure à la femme, la situation qui convient le mieux à son état.

Des alimens qu'on peut

788. Toutes les femmes ne doivent pas se conduire de la même manière pendant le travail de

l'enfantement, parce que les circonstances que présente ce travail ne sont pas les mêmes chez toutes : ce qui est utile aux unes pourroit devenir contraire aux autres. On ne doit, par exemple, donner que du bouillon à celles dont le travail marche rapidement, acquiert de la force à chaque instant, et va bientôt se terminer, quand elles ont besoin de quelque peu d'alimens : mais on peut accorder des nourritures plus solides à celles chez qui il ne fait que de commencer, et surtout lorsqu'il doit durer longtemps, afin de soutenir leurs forces.

donner à la femme pendant le travail.

De la boisson qui convient pendant le travail.

789. La boisson qu'on doit permettre à ces femmes n'est pas plus indifférente que la nature des alimens qui leur conviennent. Les choses échauffantes, telles que le vin chaud avec le sucre et la canelle, et les liqueurs spiritueuses encore si en usage aujourd'hui parmi les femmes du peuple, ne sont guère indiquées, si ce n'est à l'égard de quelques-unes, à qui l'on peut en donner, comme potion cordiale, quand il en est besoin. L'eau sucrée, l'eau de groseilles, la tisane de chiendent ou d'orge, une légère limonade, etc. sont les boissons qui conviennent le mieux. Beaucoup de femmes préfèrent l'eau rougie avec le vin ; mais elle donne des aigreurs, et provoque souvent le vomissement auquel il n'y a déjà que trop de disposition, surtout quand on donne cette boisson chaude.

De l'utilité des lavemens pendant le travail.

790. Les lavemens ne doivent pas être négligés ; un seul suffit pour évacuer les gros excrémens qui pourroient ajouter aux difficultés naturelles de l'accouchement ; mais il faut en faire prendre plusieurs quand le travail dure quelque temps, quand

les douleurs se font sentir vers les lombes, et lorsqu'il y a de la chaleur dans les entrailles. On préfère la décoction de quelques plantes émollientes ou de graine de lin, à l'eau simple.

De l'utilité de la saignée pendant le travail.

791. La saignée du bras n'est pas moins utile dans bien des cas. En diminuant la pléthore chez certaines femmes, elle augmente la force et l'énergie des contractions de la matrice, tandis qu'elle détend et relâche les parties molles qui forment le passage. Elle est salutaire, surtout à celles qui se plaignent de douleurs de tête, et d'un sentiment de pesanteur dans les membres; à celles dont les yeux sont rouges, le visage enflammé, les vaisseaux extérieurs gonflés; ou qui sont menacées de coup de sang, de convulsions, d'hémorrhagie, d'inflammation de matrice, etc.

De l'utilité des bains.

792. Les bains, les demi-bains, les fomentations émollientes, et les fumigations humides, peuvent être également employés avec succès. Ces moyens ne sont jamais mieux indiqués que quand les années ont déjà enlevé aux parties qui servent à l'accouchement, la souplesse naturelle du premier âge, si nécessaire à la facilité de cette opération. Mais l'on ne doit y avoir recours en aucun cas, et surtout aux bains, lorsque la pléthore sanguine prédomine, qu'au préalable on n'ait évacué les vaisseaux par une ou deux saignées : car autant ils sont salutaires en quelques circonstances, autant ils pourroient être nuisibles dans cette dernière, soit à la mère, soit à l'enfant.

Section II.

De la situation de la femme pendant le travail de l'enfantement.

793. La situation que doit garder la femme pendant le travail de l'enfantement, n'est pas toujours indifférente et ne peut être arbitraire : elle doit être variée selon les circonstances et le temps de ce travail. Lorsqu'il ne fait que de commencer, qu'il n'est compliqué d'aucun accident, et que tout ce qui a rapport à l'accouchement se présente bien, la femme peut choisir la situation qui lui paroît la plus commode.

La situation de la femme dans le cours du travail, doit être variée.

794. Celles qui sont menacées de descente de matrice ou d'hémorrhagie, qui sont très-foibles, ou dont la matrice est située obliquement, doivent se tenir couchées depuis le commencement du travail jusqu'à la fin. On observera de les faire coucher sur le dos dans les grandes obliquités en devant, et sur l'un des côtés dans les obliquités latérales, mais sur celui qui est opposé à la déviation; afin de ramener l'axe de la matrice, autant que cela se peut, selon l'axe du bassin.

De la situation que prennent les femmes au moment de l'accouchement.

795. Quoique la situation que les femmes ont coutume de prendre au moment où l'accouchement semble devoir se terminer, ne soit pas plus indifférente souvent que celle des premiers temps, elle n'est cependant pas la même encore chez toutes les nations, et presque toujours on consulte bien moins, à ce sujet, la raison et la commodité des femmes, que l'usage. Dans quelques pays, comme

la ci-devant Flandre, en Hollande, en Espagne, etc. les femmes ont encore des chaises particulières pour l'accouchement: en Angleterre elles se placent sur le bord d'un lit, elles y sont couchées sur le côté, le derrière tourné vers l'Accoucheur, les cuisses, les jambes étant à demi-fléchies, et les genoux écartés.

De la situation qui est la plus favorable.

796. Dans quelques-uns de nos départemens, les femmes accouchent étant agenouillées sur un carreau, et les coudes appuyés sur une chaise; en d'autres, elles se tiennent debout, ou bien elles sont assises sur les genoux d'une personne qui les soutient. Mais de toutes ces positions aucune ne convient mieux que celle qui est adoptée parmi les personnes un peu aisées; et *Rœderer* avouoit que la meilleure des chaises destinées à l'accouchement, est bien moins commode que le petit lit qui est en usage en France (1). On construit ce lit de la manière suivante :

797. Au défaut d'une couchette ordinaire de la largeur de deux pieds et demi à trois pieds au plus, et garnie de sa paillasse, on prend un lit de sangles sur lequel on étend également deux matelas, ou un seul. On place sous le milieu de ceux-ci un coussin de crin ou de paille, pour qu'ils s'enfoncent moins, et que les lombes de la femme y soient mieux appuyées. On garnit ce lit convenablement; on le recouvre de draps et de couvertures, selon la saison, et on y place des oreillers.

---

(1) *Rœderer* pratiquoit les Accouchemens chez une nation où la chaise étoit fort à la mode.

798. Il vaudroit peut-être mieux replier le second matelas de manière qu'il ne couvre que la moitié de la longueur du lit, que de l'étendre comme il vient d'être dit ; les femmes n'en seroient que plus commodément pour la sortie de l'enfant. Dans le premier cas elles sont couchées à plat, ayant les fesses enfoncées dans l'épaisseur du lit, malgré la précaution indiquée ; de sorte que le périnée et la vulve sont cachés. Dans le dernier, le bas de leur tronc étant appuyé sur le bout du second matelas replié, toutes ces parties sont, pour ainsi dire, à découvert, et se développent bien plus aisément ; les femmes ne sont pas obligées, comme sur le premier lit, de soulever le siége en s'appuyant des talons et des épaules, au moment de la douleur, jusqu'à ce que l'enfant soit sorti.

799. On a coutume d'attacher une traverse de bois, à l'extrémité du lit dont il s'agit, pour arcbouter les pieds de la femme dans le temps de la douleur, et favoriser ses efforts : mais cette précaution est assez inutile, parce qu'il se trouve toujours plus de mains qu'il n'en faut pour soutenir la femme, et lui prêter les points d'appui nécessaires.

Section III.

De la manière de préparer les parties de la femme à l'Accouchement.

800. La plupart des matrones, ou sages-femmes, sont encore dans la mauvaise habitude de faire placer la femme sur le petit lit dès que les douleurs

De la mauvaise pratique de la plupart des sa-

ges-femmes à ce sujet.

se suivent et se soutiennent un peu, à dessein de commencer de bonne heure ce qu'elles appellent la préparation; ou pour les gens qui n'entendent pas ce langage, la dilatation des parties. Souvent elles le font sans savoir si la femme qu'elles traitent ainsi est pour accoucher ou non, et même quelquefois sans être assurées qu'elle soit grosse; ce que j'aurois peine à croire, si je n'en eusse pas été témoin plusieurs fois.

801. De telles manœuvres, que ces femmes qualifient du nom de Dilatations préparatoires, produisent souvent le contraire de ce qu'elles en attendent; car en privant toutes les parties qu'elles touchent avec si peu de ménagement, de l'humeur muqueuse que la nature n'y fournit alors abondamment que pour les relâcher, elles les irritent et les dessèchent au point qu'elles ne tardent pas à s'échauffer, à s'enflammer et à devenir douloureuses.

De la manière de faire ces préparations.

802. Il est quelquefois nécessaire de préparer ces parties à l'accouchement, et même de commencer ces préparations dès les derniers temps de la grossesse; mais il faut y procéder bien différemment. Les bains entiers, ou de fauteuil, les vapeurs émollientes, et l'application réitérée des corps gras, ou mucilagineux, sont alors utilement employés. Les injections émollientes, comme celles de mucilage de guimauve, ou de graine de lin, ne seroient pas moins favorables; mais elles ont quelque chose de si dégoûtant, qu'elles révoltent la plupart des femmes, et que celles-ci ne veulent s'y soumettre que dans des circonstances accidentelles et plus graves que celles qui accompagnent un travail qui n'est que long et pénible.

803. Nous ne proscrivons pas entièrement les dilatations opérées par l'introduction des doigts, parce qu'il y a des cas où elles sont utiles et même nécessaires, soit à l'égard de l'orifice de la matrice, ou seulement des parties externes; mais il faut les faire à propos et comme il convient.

Opinion de quelques Auteurs sur ces préparations.

804. Ces mêmes préparations, si l'on ajoute foi à la trop aveugle crédulité de quelques Accoucheurs, ne doivent pas se borner aux parties molles; elles doivent s'étendre jusqu'au bassin même. Ne s'est-on pas flatté, en effet, d'augmenter la largeur de cette espèce de canal, en relâchant les symphyses des os dont il est formé, et en procurant l'écartement de ceux-ci (1), ou bien en les éloignant au moyen de la main ou de toute autre manière (2)? mais de pareilles rêveries ne peuvent tourner à l'avantage de l'art.

805. La rétropulsion du coccix, recommandée par tant d'Accoucheurs à dessein de favoriser l'issue de la tête de l'enfant, seroit une de ces dilatations préparatoires qui ne devroit pas être négligée, s'il formoit autant d'obstacles à l'accouchement, et aussi souvent qu'on se l'est persuadé; mais ces obstacles attribués au coccix, ne viennent presque toujours que de la rigidité des parties molles externes. (*Voyez* §. 105.)

---

(1) Voyez tout ce qui concerne l'écartement des os du bassin, §. 53 et suivans.

(2) *Deventer*, chap. XXVII.

Section IV.

Des moyens de ranimer les douleurs languissantes de l'enfantement.

806. Rien n'est plus variable que la marche des douleurs de l'enfantement; tantôt elles augmentent tout à coup, et tantôt elles diminuent, s'éloignent, et cessent même pour un temps plus ou moins long : ce qui dépend de plusieurs causes dont chacune présente une indication particulière.

Des moyens de les provoquer, ou de les ranimer.

807. Beaucoup de personnes, sans y avoir égard, ne prescrivent, pour ranimer ces douleurs, que des remèdes irritans. Les unes donnent des lavemens d'eau et de vinaigre, d'eau et de sel, ou bien d'une décoction de séné; d'autres font prendre cette dernière en boisson, et *Mauriceau* ajoutoit à ce breuvage le jus d'une orange aigre. Ceux-ci prescrivent l'ipécacuanha comme vomitif, ou ils ont recours aux sternutatoires; ceux-là recommandent à la femme de rester debout et de se promener, ce qui n'est pas mieux indiqué; car il y a autant d'ignorance à la traîner ainsi par la chambre, lorsqu'elle est excédée de lassitude, qu'à la tourmenter par des remèdes actifs. Presque toujours le temps est le meilleur remède qu'on puisse employer en pareil cas.

808. Quand la lenteur du travail ne vient que de la foiblesse et de l'épuisement de la femme, le repos, les bons restaurans, un peu de vin d'Alicante ou d'autre semblable, sont les choses les mieux indiquées. Lorsqu'elle dépend au contraire

de la roideur accidentelle des fibres de la matrice, de l'engorgement, ou de l'inflammation de ce viscère, la saignée, les bains, les fomentations émollientes, et les boissons délayantes, peuvent seules ranimer les douleurs, ou leur donner l'énergie qui convient à l'accouchement. Si la lenteur de ce même travail n'est que l'effet de l'écoulement prématuré, et comme goutte à goutte, des eaux de l'amnios, ainsi qu'il a été dit plus haut, il faut attendre que ce fluide soit complètement évacué; ou bien en accélérer l'issue, en déchirant de nouveau les membranes dans un endroit plus favorable, et en soulevant un peu la tête de l'enfant, du bout du doigt, ce qui se fait aisément et sans le moindre inconvénient, quoiqu'on ait cherché à inspirer des craintes sur les suites de ce procédé.

SECTION V.

De l'ouverture de la poche des eaux.

De l'ouverture de la poche des eaux.

809. Si l'ouverture prématurée de la poche des eaux rend souvent l'accouchement plus long et à quelques égards plus laborieux ou plus ennuyeux, comme on l'a annoncé au §. 627 et suivans, les mêmes inconvéniens naissent aussi quelquefois de ce que les membranes qui forment cette poche, ne se déchirent pas à propos : d'où l'on voit qu'il n'est pas moins utile de les ouvrir dans ce dernier cas, qu'il seroit avantageux de les conserver entières dans le premier, si on le pouvoit.

Du temps où

810. Si ce n'est dans un cas de perte ou de con-

l'on doit ouvrir la poche des eaux.

vulsions (1), l'on ne doit jamais ouvrir la poche des eaux, avant que l'orifice de la matrice ne soit entièrement préparé à l'accouchement; c'est-à-dire, qu'il ne soit bien dilaté, et que son bord ne soit assez souple et assez mince, pour qu'il puisse s'étendre encore au-delà. Le travail doit être d'ailleurs dans toute sa force; ce qui suppose des douleurs véhémentes et rapprochées. Il y a toujours moins d'inconvéniens à retarder l'ouverture des membranes qu'à le faire prématurément.

De la manière d'ouvrir la poche des eaux.

811. La manière d'ouvrir la poche des eaux est en général très-simple: on avance le bout du doigt au milieu de l'orifice de la matrice, on attend que les membranes y soient fortement engagées, et que la poche soit bien tendue, ce qui n'a lieu que pendant la douleur; et en poussant alors, on y enfonce le doigt. Si l'on ne réussissoit pas à la première tentative, il faudroit attendre une autre douleur, et recommencer.

812. Ce procédé ne réussit pas toujours, à la vérité, soit parce que les membranes sont d'un tissu très-serré ou très-lâche, soit parce qu'elles présentent au doigt leur partie la plus épaisse et la plus celluleuse, ou que la tête de l'enfant est déjà tellement engagée, que les eaux ne peuvent passer au-dessous d'elle, en assez grande quantité, pour distendre ces membranes suffisamment.

813. Lorsqu'elles présentent à l'orifice de la matrice leur partie la plus épaisse, ou lorsqu'elles sont si dures qu'on ne peut les déchirer en suivant

(1) Voyez §. 1089 et 1111.

ce qui vient d'être dit, il faut commencer par les affoiblir dans un point, en les raclant du bout de l'ongle, et l'on réussira plus facilement ensuite. Si cependant l'on ne pouvoit encore y parvenir, il faudroit les ouvrir avec la pointe des ciseaux : mais ces cas sont tellement rares, qu'il ne s'en est pas encore offert un seul dans notre pratique. Il est encore plus rare que la poche des eaux ne se rapproche pas alors assez près de la vulve, pour qu'on ne puisse la découvrir, la voir, et y plonger sans crainte la pointe de l'instrument ; de sorte qu'on peut se dispenser de la précaution d'adapter à la pointe de ces ciseaux la petite boule de cire recommandée par quelques-uns, pour préserver de ses atteintes les parties de la femme.

Précautions qu'il faut prendre en ouvrant la poche des eaux.

814. Lorsque la poche des eaux reste flasque pendant la douleur, soit parce que les membranes sont d'une nature très-molle et peu serrée, ou parce que la tête déjà trop basse, empêche les eaux de descendre assez pour la remplir et la distendre, il faut la déchirer en la pinçant du bout de deux doigts, lorsqu'elle est assez avancée vers l'entrée du vagin, pour la pincer de cette manière.

815. Soit qu'on ne se serve que du doigt pour ouvrir la poche des eaux, en raclant les membranes de l'ongle pour les user, les affoiblir, ou autrement, soit que l'on emploie les ciseaux, il faut bien prendre garde de ne pas agir sur la tête de l'enfant, en prenant pour la poche dont il s'agit, la tumeur qui survient assez souvent au cuir chevelu ; ou de porter l'instrument ou l'ongle, sur la matrice, dont la tête, quoique déjà très-basse, est encore quelquefois recouverte. Il est d'autant plus

facile aux personnes médiocrement instruites de se tromper, dans ce dernier cas, que l'orifice de la matrice est retiré, caché en arrière, presque inaccessible au toucher, et que la portion utérine qui recouvre la tête de l'enfant devient à la longue, et surtout pendant la douleur, aussi lisse et aussi tendue que le deviennent les membranes. (*Voyez* §. 298, et les observations qui y ont rapport.)

SECTION VI.

De ce que doit faire l'Accoucheur après l'ouverture de la poche des eaux.

Devoirs de l'Accoucheur après l'ouverture de la poche des eaux.

816. Il n'est jamais plus à propos de toucher la femme, qu'après l'ouverture de la poche des eaux, soit pour s'assurer de nouveau de la position de l'enfant, si l'on n'a pu la bien reconnoître avant, soit pour observer si la tête s'engage d'une manière favorable ou non; afin de laisser agir la nature, ou de ne pas l'exposer à de vains efforts, selon les circonstances.

Des conseils qu'on doit donner à la femme après ce moment.

817. S'il est alors nécessaire d'exciter certaines femmes à pousser fortement en en-bas pour accélérer leur délivrance, il n'est pas moins avantageux d'engager celles qui sont sujettes à la descente de matrice, à une hernie quelconque, au crachement de sang, etc., à modérer ces mêmes efforts.

Précautions qu'il faut avoir relativement à la chute de la matrice.

818. Pour prévenir la descente de la matrice, quand on a quelque raison de la craindre, il ne suffit pas d'engager la femme à modérer ses efforts, l'Accoucheur doit encore soutenir le bord de l'orifice de ce viscère, au moyen de quelques doigts,

pendant chaque douleur, pour empêcher qu'il ne soit poussé au-dehors par la tête de l'enfant : ce qui arriveroit surtout lorsque ce même bord a peu de souplesse. On observera pareillement de ne pas l'entraîner avec les épaules, en dégageant le tronc.

819. Quand il existe une hernie, on doit faire en sorte de la réduire, et, après sa rentrée, de la maintenir, en faisant de l'extrémité de plusieurs doigts, ou au moyen d'une pelote convenable, une pression suffisante sur le lieu même où elle paroissoit. Il seroit à désirer qu'on pût exercer une pression semblable lorsque la hernie ne peut être réduite, afin de s'opposer à ce qu'une nouvelle portion d'intestin ou d'épiploon ne s'insinue dans la tumeur et ne donne lieu aux accidens de l'étranglement : comme nous l'avons remarqué chez une femme qui portoit depuis neuf ans une épiplomphale assez volumineuse, et qui depuis deux jours faisoit en vain les plus grands efforts pour se délivrer.

Précautions relativement aux hernies.

820. Lorsque la femme est fatiguée par les maux de reins dont il a été parlé ci-devant, on lui soulève et on lui appuie les lombes pendant chaque douleur, au moyen d'une serviette pliée en plusieurs doubles selon sa longueur, et passée sous cette partie. Indépendamment de ce que ce soin diminue un peu l'intensité des douleurs dont il s'agit, il devient souvent nécessaire dans les derniers momens de l'accouchement, pour favoriser la sortie de l'enfant. On ne peut guère s'en dispenser chez les femmes qui sont couchées à plat, qui ont les fesses enfoncées et cachées dans l'épaisseur des matelas, qui manquent de forces ou de cou-

Précautions relativement aux douleurs des reins.

rage pour soulever le siége d'elles-mêmes pendant les dernières douleurs, en s'appuyant des épaules et des talons sur ce lit.

Précautions relativement aux crampes.

821. Quand la femme éprouve dans les cuisses ou les jambes, des crampes, souvent moins supportables que les douleurs les plus fortes de l'accouchement, on doit chercher également à les calmer, soit en faisant des frictions sèches dans toute l'étendue de la partie qui en est affectée, soit en agissant différemment selon les circonstances, et en changeant, s'il est nécessaire, la direction de la tête de l'enfant à l'égard des nerfs sacrés, qu'elle comprime ou qu'elle tiraille toujours plus fortement d'un côté que de l'autre.

Des soins qu'exige le dernier temps de l'accouchement.

822. Aussitôt que la tête de l'enfant commence à faire effort contre les parties extérieures, il convient quelquefois de s'occuper de ces parties, de les préparer en quelque sorte à recevoir cette tête, pour qu'elles n'en soient pas endommagées dans les derniers momens. Outre les corps gras qu'on aura soin d'y appliquer souvent, comme le beurre dont on se sert presque toujours, on introduira deux doigts, s'il le faut, à l'entrée du vagin, pour élargir insensiblement la vulve, soit en écartant ces doigts successivement en différens sens, soit en appuyant en en-bas du côté du périnée. Mais on ne doit agir de cette manière, que dans l'intervalle des douleurs; et pendant qu'elles ont lieu, on ne fait que soutenir, de la paume d'une main, le périnée plus ou moins distendu, afin d'en prévenir la déchirure, ou d'empêcher la tête de sortir trop brusquement.

823. Ces sortes de préparations ne sont jamais

plus nécessaires que dans un premier accouchement, et leur omission alors en dispense souvent pour les accouchemens subséquens; parce que le périnée s'étant déchiré, ne se réunit qu'imparfaiment, et que les autres parties ne reprennent jamais leur ressort naturel.

824. Lorsque l'extrémité postérieure de la tête est engagée dans la vulve, comme dans un espèce de couronne, si le frein, ou la fourchette, n'est pas trop distendu, on permet à la femme de satisfaire au besoin qui la presse de pousser en en-bas; et pendant ce temps, sans discontinuer de soutenir le périnée, on favorise l'issue de cette tête, en la pressant en dessous et vers l'anus de la femme, comme pour obliger l'occiput à s'élever du côté du mont de Vénus.

825. Le vulgaire pense que l'Accoucheur, dans ce moment, va prendre la tête par les oreilles pour achever de la dégager. S'il est ridicule de le croire, il le seroit bien plus de le proposer, ainsi qu'on l'a fait pour une autre occasion. Il ne conviendroit pas mieux de vouloir qu'on insinuât les mains de chaque côté de la tête, pour la saisir, ou que l'on introduisît plusieurs doigts dans l'anus de la femme pour la presser de derrière en devant, et la contraindre de sortir.

De la manière dont on achève de dégager la tête et les épaules de l'enfant.

826. On achève de la dégager, quand elle est presque dehors, en la relevant de plus en plus vers le pubis, ou en insinuant l'index d'une main sous un des côtés de la mâchoire inférieure. Aussitôt après la sortie du menton, on tourne la face vers l'une des cuisses de la femme, en observant que ce soit vers celle où elle tend à se tourner d'elle-

même. On s'assure ensuite de la situation des épaules à l'égard du détroit inférieur : on pousse l'une d'elles vers le sacrum, et on amène l'autre sous le pubis, lorsqu'elles ne se sont pas placées naturellement dans ce sens. On les entraîne alors, de même que le reste du tronc, en tirant avec ménagement sur la tête; tandis que la mère de son côté fait ce qu'elle peut pour s'en délivrer.

827. C'est dans ce moment qu'il convient le plus que la femme ait le siége un peu élevé et détaché du lit: rien ne pouvant s'opposer davantage à la sortie des épaules que l'enfoncement des fesses dans l'épaisseur des matelas, et nuire plus à l'enfant. En tirant avec la plus grande réserve sur la tête, on la portera d'abord en en-bas pour amener l'épaule sous la symphyse du pubis au point de la découvrir un peu; puis on la relevera pour dégager celle qui descend le long du coccix et du périnée, n'oubliant pas que celle-ci doit sortir la première, et que le tronc en se dégageant entièrement doit se recourber un peu sur celui de ses côtés qui répond au pubis de la mère.

828. L'on ne doit jamais se permettre de faire de grands efforts en tirant sur la tête et le col de l'enfant, pour extraire le tronc, quand la largeur des épaules y apporte quelques obstacles, parce que ces efforts seroient on ne peut pas plus dangereux. Il vaudroit mieux introduire l'index de chaque main sous les aisselles, pour s'en servir en manière de crochet. Si la sortie des épaules éprouvoit de grandes difficultés, et si cela ne suffisoit pas encore, il seroit préférable d'y appliquer des lacs, ou de se servir des crochets mousses qui

terminent les branches du forceps français, qu'il seroit facile de rendre plus propres à cet usage en y faisant de légères corrections : mais les cas qui exigent de pareils moyens sont si extraordinaires, qu'un praticien employé, et d'ailleurs instruit, ne les rencontrera peut-être pas deux fois dans le cours d'une longue suite d'années. On n'oubliera pas qu'il faut donner aux épaules, avant de tenter de les extraire, la situation ci-dessus indiquée; car les plus petites même ne peuvent sortir transversalement qu'avec une extrême difficulté, comme il est facile de s'en rendre compte.

Section VII.

De quelques précautions relatives à chaque position de la tête, ou à d'autres circonstances qui peuvent rendre l'Accouchement naturel un peu plus difficile.

Autres précautions relatives à l'accouchement naturel.

829. Des circonstances, qu'il seroit trop long d'exposer ici en détail, peuvent ajouter aux difficultés naturelles de l'accouchement, en s'opposant plus ou moins au mouvement de pivot par lequel l'occiput ou le front doit se placer vis-à-vis l'arcade du pubis, dans le même cas où la tête s'est engagée de la manière la plus favorable dans la cavité du bassin. On épargnera donc un peu de peine à la femme en favorisant à propos ce mouvement de rotation ou de pivot, et en quelques cas on abrégera, souvent de beaucoup, le travail de la nature, en supposant que ses efforts seuls puissent alors opérer ce mouvement.

Ce qu'il faut faire quand la têse se présente dans la troisième position.

830. Quand la tête se présente dans la troisième position, ce qui est excessivement rare, surtout si le bassin de la femme est en même temps un peu resserré de devant en arrière dans sa partie supérieure, il faut, en avançant plusieurs doigts à l'entrée de la matrice, détourner l'occiput de dessus la symphyse du pubis, et le diriger vers l'une ou l'autre des cavités cotyloïdes; ce qui doit s'exécuter, le plus souvent, avec facilité au moment de l'ouverture de la poche des eaux. Cette sage précaution peut épargner à la femme les douleurs d'un travail bien plus long que dans les premiers cas, et quelquefois même infructueux.

Précautions relatives à la quatrième et cinquième positions de la tête.

831. Dans la quatrième et cinquième positions de la tête, il faut aussi tenter au moins de ramener l'occiput vers l'une des cavités cotyloïdes, pour qu'il puisse ensuite se tourner sous l'arcade du pubis, au lieu de se porter vers la courbure du sacrum. En dirigeant ainsi le derrière de la tête, à mesure qu'elle s'engage dans l'une ou l'autre de ces positions, l'on ne fait que favoriser les efforts de la nature, qui tendent alors le plus souvent à lui faire suivre cette marche; quelquefois aussi, le doigt seul imprimant de bonne heure cette direction à la tête, quoique les efforts de la nature n'y soient pas favorables, la facilité de l'accouchement est l'ouvrage de l'art.

Précautions relatives à la sixième position de la tête.

832. Il seroit à souhaiter qu'on pût changer de même la sixième position de la tête, et la réduire à l'une des deux premières; mais on ne doit pas l'espérer, même en portant toute la main dans la matrice au moment de l'ouverture des membranes, par rapport à la difficulté de faire rouler le tronc

de l'enfant dans le même sens que la tête, et à plus forte raison ne doit-on pas l'entreprendre lorsque les eaux sont écoulées depuis longtemps, et la tête engagée dans le fond du bassin. On ne pourroit porter la face en dessous, dans ce dernier moment, qu'en lui faisant parcourir la moitié de la circonférence intérieure du bassin ; et ce mouvement qui se feroit alors entièrement aux dépens de la torsion du col, le tronc étant fixe et étroitement serré dans la matrice, seroit on ne peut pas plus dangereux pour l'enfant.

Autres précautions relatives à toutes ces positions.

833. Dans les meilleures positions comme dans les autres, la tête s'engage quelquefois de manière que le front descend davantage que l'occiput, et qu'elle vient présenter son plus grand diamètre, dans toute sa longueur, à l'un des diamètres du détroit inférieur ; ce qui s'oppose le plus souvent à sa sortie, ou la rend excessivement difficile, malgré tous les efforts de la femme. S'il n'est pas toujours aisé de prévenir ces obstacles, en changeant de bonne heure la situation de la matrice, et en soutenant un peu le devant de la tête du fœtus pour forcer l'occiput de descendre, on réussit au moins assez souvent pour ne pas négliger de le tenter. Nous exposerons ailleurs, d'une manière plus détaillée, ce qu'il faut faire en pareille circonstance. (*Voyez* §. 1278, jusqu'au §. 1287 inclusivement.)

Précautions relatives à l'entortillement du cordon sur le col de l'enfant.

834. Il est très-ordinaire de voir naître l'enfant avec le cordon ombilical entortillé autour du col ; et cette disposition exige encore quelque soin de la part de l'Accoucheur, quoiqu'elle ne nuise pas à la sortie de la tête, comme on le croit communément. Mais on ne doit s'en occuper que quand

la tête est dehors, afin qu'en dégageant le tronc, l'ombilic de l'enfant déjà tiraillé, ne se déchire pas, ou que le placenta ne soit point entraîné en même temps.

835. Quelques Auteurs, pour éviter ces accidens et pour faciliter la sortie du tronc de l'enfant, ont conseillé de désentortilier le cordon aussitôt que la tête est dehors, en le faisant passer autant de fois par-dessus cette tête qu'il forme de circulaires sur le col ; ou bien de tenir celle-ci inclinée d'un côté contre la vulve, et de faire sortir le tronc en le recourbant sur lui-même. Pour peu qu'on rencontre de difficulté à suivre ces préceptes, il faut couper le cordon, surtout quand la face de l'enfant est tuméfiée et livide, afin de prévenir les effets d'un plus long étranglement.

836. On exposera dans la suite les indications particulières que présentent les autres espèces d'accouchemens, qui peuvent être rangés dans la classe de ceux que nous appelons naturels ; c'est-à-dire, de ceux où l'enfant présente les pieds, les genoux ou les fesses ; en rapportant alors les circonstances variées, qui, en les compliquant assez souvent, les rendent contre nature, ou exigent qu'on les opère.

CHAPITRE IV.

Des soins qu'on doit donner à l'enfant nouveau-né.

837. Les premiers soins qu'exige l'enfant, doivent être différens selon l'état où il se trouve au moment de sa naissance.

Section première.

Des soins qu'on a coutume d'accorder à l'enfant qui est né sans accidens.

Soins qu'on doit avoir de l'enfant nouveau-né.

838. Dès que l'enfant est sorti, on le couche transversalement entre les jambes de sa mère, et assez près d'elle pour que le cordon ne soit point tiraillé : on le tourne sur l'un de ses côtés, de manière que le sang et les eaux qui découlent de la matrice, ne lui tombent pas dans la bouche, ou que sa face ne baigne pas dans ces fluides, qui se sont épanchés sur le lit.

Du temps qu'il convient de laisser l'enfant sur le lit de travail.

839. Plusieurs Accoucheurs le laissent dans cet état pendant quelques minutes, et même plus, sans toucher au cordon, ayant la précaution seulement de soulever un peu les couvertures pour qu'il puisse respirer; tandis que d'autres se donnent à peine le temps de lier et de couper le cordon, pour éloigner l'enfant de sa mère.

840. Il ne faut le laisser que le moins de temps

possible sous ces couvertures, parce qu'il ne peut y respirer, quoiqu'on les soulève un peu, qu'un air humide, toujours trop raréfié, et le plus souvent infecté des matières animales qui proviennent des excrémens et des urines que la femme a rendus involontairement dans les derniers momens du travail; bien différent de cet air pur et tempéré qui convient si fort à la délicatesse de ses organes, et à son état d'anxiété.

Des ligatures qu'on fait au cordon.

841. L'usage de faire deux ligatures au cordon avant de le couper, paroît aussi ancien que l'art même. La crainte d'une hémorrhagie dangereuse, en voyant couler quelques gouttes de sang des vaisseaux divisés, plutôt que cette hémorrhagie même, semble y avoir donné lieu; et l'on ne sauroit encore s'élever aujourd'hui contre cet usage, sans s'exposer à être taxé d'ignorance et d'impéritie, tant il a été respecté dans tous les temps.

De l'utilité et des inconvéniens de ces ligatures.

842. Ces ligatures ne paroissent cependant pas essentiellement nécessaires dans l'ordre naturel, et elles ne le sont pas en effet, puisque les vaisseaux du cordon coupé à quelques pouces de l'ombilic, ne versent tout au plus de part et d'autre qu'une demi-once ou une once de sang, et souvent moins; et que ce fluide s'arrête ensuite de lui-même. Ces ligatures ne paroissent pas seulement inutiles dans le premier moment, elles peuvent même devenir nuisibles en plusieurs circonstances.

843. Celle qui se fait sur la portion du cordon qui reste à l'ombilic est toujours nuisible aux enfans pléthoriques, dont la naissance plus ou moins laborieuse a donné lieu à des embarras sanguins

dans les principaux viscères, et bien plus encore à ceux qui naissent dans un état d'apoplexie, ayant la face livide, gonflée et présentant partout des marques d'un engorgement profond; car elle ne manque pas d'assurer leur perte, en s'opposant à l'évacuation qu'il est si important alors de procurer par le cordon. (*Voyez* §. 560 et suivans.)

Du temps où il faut lier le cordon.

844. Mais cette même ligature, dangereuse dans les circonstances énoncées, et toujours inutile d'ailleurs dans le premier moment, peut devenir très-nécessaire par la suite; puisqu'on a vu des enfans périr d'hémorrhagie par le cordon ombilical (1), dont la ligature avoit été mal faite, et d'autres considérablement affoiblis par cette perte; les uns le jour même, les autres le lendemain, le surlendemain de leur naissance, et même plus tard. Si le sang peut reprendre son cours vers les vaisseaux ombilicaux, quoiqu'il ait cessé d'y passer depuis quelques instans, même quelques heures et plus, et que rien ne puisse affranchir l'enfant de toutes les causes qui le déterminent à reprendre son ancienne route, comme on ne

---

(1) Si on en trouve peu d'exemples dans les Auteurs, c'est qu'on ne s'est pas donné la peine de les recueillir tous. *Mauriceau* en cite un, observ. 143, Supplément de ses Observations : l'enfant étoit né depuis une heure seulement. Le Journal de Médecine, rédigé par M. *Sédillot* en offre deux autres : chez l'un des enfans, on s'aperçut de l'hémorrhagie au bout de douze heures; et chez l'autre elle n'eut lieu que deux jours après la chute du cordon, et le onzième de la naissance de l'enfant. (*Voyez* le Recueil périodique de la Société de Médecine, tom. V, pag. 345, et tome XXII, pag. 153.)

peut en douter d'après ces tristes exemples, il faut donc lier le cordon et le lier avec soin. (*Voyez* §. 567 et suivans.)

De la manière de lier le cordon.

845. Pour bien faire cette ligature, on réunit d'abord cinq ou six brins de fil de moyenne grosseur; on en fait sur le cordon un circulaire, qu'on arrête par le nœud simple; ensuite un deuxième et troisième tours fixés par deux nœuds, en observant que cette ligature soit assez serrée pour résister, au besoin, à l'impulsion du sang. Quand le cordon est gras, infiltré, et comme œdémateux dans le lieu où on doit le lier, il vaut mieux faire deux ligatures, à cinq ou six lignes de distance, qu'une seule; parce que la première, quoique très-serrée en apparence dans les premiers instans, n'oblitère pas toujours les vaisseaux, et peut se trouver assez lâche lorsque le tissu cellulaire du cordon vient à s'affaisser, pour permettre au sang de passer librement dessous, si quelque cause le détermine de nouveau vers cet endroit.

Précautions recommandées avant la ligature du cordon.

846. Quelques Accoucheurs, avant de lier le cordon, recommandent d'en exprimer le peu de sang qu'il contient, ainsi que cette humeur jaunâtre et muqueuse qui en infiltre le tissu cellulaire : précaution que bien des personnes exigent encore, parce qu'on leur a fait croire que le germe de plusieurs maladies, tel que celui de la petite-vérole, des gales laiteuses, du tétanos même, se trouvoit dans cette humeur, ou provenoit de la corruption du peu de sang qu'on retiroit ainsi des vaisseaux ombilicaux.

847. Quoique très-indifférente sous ce rapport, cette précaution est bonne quand le cordon est

très-gros et infiltré. Dans ce dernier cas on y fait même de légères mouchetures avec la pointe des ciseaux, en évitant les vaisseaux, pour en exprimer le plus qu'on le peut de cette humeur visqueuse et glaireuse, qui le rend aussi gros. Le cordon s'en détache plus vite; la fonte putride qu'il éprouve toujours auparavant endommage moins la peau des environs de l'ombilic, y produit moins de rougeur, d'ulcération érysipélateuse qui retardent la cicatrice.

De l'endroit où l'on doit lier le cordon.

848. L'usage est de lier le cordon à deux pouces ou environ de l'ombilic; il faut s'y conformer, parce que le vulgaire croit que celui-ci est plus enfoncé ou plus saillant, selon que la ligature a été faite plus près ou plus loin du ventre, et que l'enfant en est plus ou moins exposé à la hernie ombilicale, quoique l'Accoucheur doive en penser bien différemment. Le cordon ne se détache jamais à l'endroit où il est lié, mais toujours dans le lieu du cercle où se borne l'épiderme ou la peau de l'enfant, sans qu'on puisse en donner une explication bien claire et bien satisfaisante. La cicatrice de l'ombilic est plus saillante ou plus enfoncée, selon que ces tégumens s'avancent plus ou moins sur le cordon. La disposition à la hernie est étrangère à toutes ces causes; elle tient à la foiblesse naturelle de l'anneau, et plus encore au peu de soin qu'on apporte à soutenir ce point dans les premiers mois de la naissance.

De la ligature qu'on fait sur le bout du cordon qui reste au placenta.

849. La ligature qui a pour but de s'opposer à l'écoulement du sang de la mère par la veine ombilicale, n'est pas seulement inutile, comme on l'a déjà dit : en s'opposant au dégorgement du pla-

centa, elle peut, en quelques cas, rendre la délivrance un peu plus difficile. Comme elle n'est essentiellement nécessaire dans aucun, on ne doit pas la faire ; c'est la pratique que nous avons toujours suivie et enseignée ; et *Smellie* en avoit reconnu et annoncé tous les avantages long-temps auparavant. Cette ligature ne seroit pas mieux indiquée quand on verroit le sang couler de la veine ombilicale, ainsi qu'on a dit l'avoir vu chez les femmes qui en ont perdu plusieurs pintes par cette voie, et comme nous l'avons observé plusieurs fois sans qu'il s'en soit cependant écoulé autant (1). En s'opposant à l'écoulement du sang par la veine ombilicale, la ligature peut donner lieu à l'engorgement de tout le systême du placenta, au gonflement extraordinaire de cette masse, et à son détachement de la matrice ; conséquemment à une perte dont l'intensité sera proportionnée à l'inertie où est alors ce viscère. Cette inertie qui existe toujours quand il découle autant de sang de la veine ombilicale, présente une indication bien différente de celle de lier le bout du cordon qui répond au placenta : il faut, en pareil cas, faire contracter la matrice, dissiper l'engourdissement de ses fibres, et l'hémorrhagie s'arrête sans ligature, ainsi que la perte s'arrête après la délivrance, à mesure que la matrice se resserre sur elle-même. L'expérience nous a démontré plus d'une fois la vérité de cette assertion, et l'a mise dans la plus grande évidence aux yeux de nos élèves.

---

(1) Voyez §. 564, et la note indiquée à ce §.

SECTION II.

Des secours qu'on doit donner à l'enfant qui naît dans un état morbifique.

Des soins qu'il exige quand il paroît dans une espèce d'apoplexie.

850. Plusieurs enfans naissent dans un état d'apoplexie; d'autres dans un état d'asphyxie ou de mort apparente, et quelques-uns viennent si foibles, qu'on ose à peine se flatter de les ranimer.

851. La section du cordon, à cause du dégorgement qu'elle procure, est le secours le plus efficace qu'on puisse donner à ceux qui naissent dans un état d'apoplexie cu d'engorgement, tel que la face est tuméfiée, livide et comme plombée; et il ne seroit pas moins dangereux pour ces enfans, de laisser le cordon entier que de le lier. (*Voyez* §. 560 et suivans.)

852. Les forces vitales sont quelquefois tellement affoiblies dans ces sortes de cas, qu'on obtient à peine quelques gouttes de sang de la section du cordon ombilical; ce qui ne sauroit suffire, si on n'en exprime pas davantage, en pressant mollement et alternativement le ventre. Souvent même ce n'est qu'en plongeant le corps de l'enfant, jusqu'à la hauteur des aisselles, dans un bain plus que tiède, et animé par quelque liqueur spiritueuse, comme le vin ou l'eau-de-vie, qu'on obtient le dégorgement nécessaire pour dissiper la surcharge des vaisseaux du cerveau, et faire disparoître la tuméfaction et la lividité de la face.

853. On réveille par ce moyen l'irritabilité du cœur prête à s'éteindre, on excite ses contrac-

tions, on les anime au point de voir bientôt reparoître ses pulsations, celles des artères du cordon même et des carotides, quoiqu'elles fussent cessées depuis quelques minutes; et le sang qui tomboit goutte à goutte des artères ombilicales dans le vase où l'on baigne l'enfant, ne tarde pas à sortir par jets, et à s'élancer au-delà du bord de ce vase. Nous avons observé tous ces effets sur des enfans qui étoient nés dans l'état de suffocation la plus complète, et qu'on avoit déjà abandonnés comme morts, après quelques instans de soins infructueux. L'un de ces enfans ne donnoit encore, une demi-heure après sa naissance, que des signes de vie très-incertains, et n'en manifesta de positifs qu'après plus d'une heure. On ne peut en effet regarder comme tels les oscillations excitées par la chaleur et l'activité du bain (1).

854. On tient la tête de ces enfans exposée à un air libre et tempéré, au-dessus du vase dans lequel le corps est plongé, et de manière que la vapeur qui s'en élève n'augmente pas la rougeur de la face, soit qu'on les mette dans le bain que nous venons de prescrire, ou non, selon qu'on le juge à propos; on retire de leur bouche les glaires qui la remplissent assez souvent (2), et l'on

---

(1) Nous avons sur cet objet des observations intéressantes, qui ne sauroient trouver place ici, à cause des bornes que nous nous sommes prescrites. Dans tous ces cas le sang qui découle d'abord du cordon est extrêmement noir, et il ne se colore et ne devient rouge qu'à mesure que les signes positifs de la vie se manifestent.

(1) Cette précaution est souvent une des plus importantes et des plus efficaces. Lorsque le doigt ne suffit pas

établit chez eux une sorte de respiration artificielle, en soufflant à plusieurs reprises dans la bouche pendant qu'on pince un peu le nez, et en comprimant ensuite la poitrine autant de fois, mais avec précaution. On irrite la membrane pituitaire avec la barbe d'une plume; on approche du nez un peu d'alkali volatil; on frotte les régions temporales, celles de l'épine et du cœur avec des linges trempés dans une liqueur spiritueuse quelconque, lorsque ces enfans sont hors du bain.

Soins qu'il faut donner à l'enfant, quand il naît dans un état d'asphyxie.

855. Ces derniers secours doivent être bien moins épargnés encore aux enfans qui naissent pâles et décolorés, qui ont les membres flasques, et qui paroissent dans cet état moyen entre la vie et la mort, connu sous le nom d'asphyxie, qu'à ceux dont on vient de parler.

856. Les frictions sèches faites avec des linges chauds dans toute l'étendue de l'épine; l'insufflation de fumée de carte dans l'anus, ne doivent pas être négligées. Le passage réitéré et accéléré, mais léger, d'une brosse un peu rude, tant sur la plante des pieds que sur la paume des mains et le long du dos, est peut-être ce qu'il y a de plus efficace pour réveiller le principe de la vie chez ces sortes d'enfans. On peut aussi très-utilement faire couler dans la bouche une ou deux gouttes d'alkali volatif, mêlées à une petite cuillerée d'eau. Au défaut

---

pour retirer ces glaires de la bouche, on y introduit fort avant et dans le pharynx même, la barbe d'une plume, autour de laquelle on les ramasse, on les roule en quelque sorte, pour les extraire.

d'alkali, on leur met sous le nez de l'oignon, ou de l'ail écrasé.

857. Des enfans à qui l'on avoit administré quelques-uns de ces soins avec trop d'économie, ou peut-être qui n'en avoient été privés que parce qu'on les croyoit morts, ont été retirés vivans plusieurs heures après, de dessous les linges où ils étoient déjà en quelque sorte ensevelis (1) : ce qui fait croire qu'on auroit pu en sauver un grand nombre d'autres, en s'occupant plus sérieusement de leur conservation.

Des précautions qu'il faut prendre envers les enfans qui sont foibles.

858. On pense généralement qu'il est essentiel de tenir ces enfans pendant quelque temps, auprès de leur mère, sans couper le cordon ombilical; de même que ceux qui naissent dans un excès de foiblesse si considérable, qu'il y a peu d'espoir de les conserver. Cette précaution n'est pas seulement inutile à l'égard des enfans qui sont entièrement asphyxiés, et chez lesquels on ne découvre aucun signe de vie; mais elle peut encore devenir nuisible à ces enfans. Le passage du sang des vaisseaux de la matrice dans ceux du placenta, et *vice versâ*, ne se faisant plus alors, et la circulation étant éteinte dans le cordon, ces enfans ne peuvent être revivifiés par leur mère, comme quelques-uns l'ont pensé. Elle ne peut leur communiquer qu'un peu de chaleur, qu'il est bien plus facile et plus sûr de leur procurer d'ailleurs, et

---

(1) Nous aurions encore à rapporter ici quelques faits de cette espèce, dont nous avons été témoins, et d'autres peut-être plus extraordinaires, qui nous ont été communiqués ainsi qu'à l'Académie de Chirurgie.

dans l'attente de ce vain avantage, on les prive de secours plus réels et plus efficaces, qu'on ne peut administrer qu'après les avoir éloignés de la mère.

859. Dès qu'il n'y a plus de pulsation dans les artères du cordon, il faut en faire la section; et la ligature devient inutile dans ce premier moment, puisqu'il n'y coule plus de sang. Après avoir retiré l'enfant de dessous les couvertures, on le tient chaudement, et on lui donne les soins indiqués au §. 852 et suivans. On ne doit conserver ce cordon entier qu'autant qu'il y a encore quelque mouvement dans les artères; que l'enfant n'est que foible, et respire à peine. On peut aussi, lorsqu'on a éloigné cet enfant de sa mère, le baigner dans l'eau tiède, mêlée avec du vin; mais on ne doit jamais le plonger dans l'eau-de-vie pure, dans des vins spiritueux, etc. Des enfans plus forts ont manqué d'être victimes de la trop grande crédulité de leurs parens au sujet de pareils bains; les uns y ont éprouvé sous nos yeux de vives menaces de convulsions; les autres en ont été retirés avec la face tuméfiée et livide, et comme dans un état d'apoplexie; et l'un d'entre eux, dès le jour même, fut couvert dans toute l'habitude du corps de petites taches rouges semblables à des morsures de puces, dont la plupart s'ulcérèrent dès le lendemain : il a vécu huit jours dans cet état.

Des tumeurs sanguines à la tête, et fractures du crâne.

860. A la suite des accouchemens naturels qui ont été difficiles et longs, soit à cause du peu de largeur des détroits du bassin, ou de la résistance des parties molles, les enfans apportent quelquefois au sommet de la tête, et le plus souvent un

peu en arrière, une tumeur plus ou moins volumineuse, et pour l'ordinaire assez pâteuse ; le crâne même se trouve plus alongé, ou bien il a éprouvé d'autres changemens qui le font paroître difforme ; les os sont déprimés dans certains endroits, ou ils sont fracturés, et il y a enfoncement des pièces : ce qui demande de nouveaux secours.

861. Quand la tumeur du cuir chevelu n'est simplement qu'œdémateuse, elle se dissipe très-aisément et en peu de temps : il suffit de l'étuver plusieurs fois avec du vin, de l'eau marinée, ou une infusion vulnéraire. Cette tumeur se résout plus difficilement, lorsqu'elle est sanguine ; et surtout quand le sang, comme je l'ai remarqué plusieurs fois, est épanché sous le péricrâne, ou sous les tégumens. On est toujours obligé d'ouvrir cette dernière espèce de tumeur : si les suites en sont simples quand le sang n'est épanché que sous les tégumens communs, il n'en est pas constamment de même lorsque ces tumeurs ont leur siége sur le crâne même, et que les os se trouvent à découvert après l'incision : ce cas est le plus ordinaire.

862. Le public se persuade encore que l'Accoucheur doit pétrir la tête de l'enfant pour lui rendre sa forme naturelle, lorsqu'elle paroît l'avoir perdue dans l'accouchement, et bien des matrones sont dans la même opinion. Quoique de pareilles pressions, méthodiquement faites, n'aient rien de bien dangereux pour l'enfant, nous pensons qu'il vaut mieux les proscrire et ne rien faire, parce que la tête reprend d'elle-même sa conformation naturelle. Ce n'est que quand il y a

fracture avec enfoncement des os, qu'il faut s'en occuper ; mais c'est alors bien moins par rapport à la difformité de la tête, qu'aux accidens qui dépendent de la fracture ou de la dépression des os. Ce cas doit être du ressort d'un homme instruit, et non d'une Sage-femme.

Des luxations et fractures des membres.

863. Après un accouchement contre nature et laborieux, l'Accoucheur a quelquefois une fracture ou une luxation à réduire, parce qu'il ne peut toujours, malgré ses précautions les plus exactes, affranchir l'enfant de ces accidens ; ce qui devroit l'engager à le bien examiner avant de l'abandonner aux soins de sa gouvernante.

Vices de conformation de naissance.

864. L'enfant peut naître avec quelques vices de conformation qu'il est important de corriger, pour ainsi dire, sur-le-champ, parce qu'ils s'opposent, les uns à la respiration, les autres à la succion, à la déglutition, ou à l'éjection des urines et des excrémens. Heureux, si l'art à ce sujet n'étoit jamais en défaut ! Le détail de toutes ces choses appartient plus spécialement à un traité de Chirurgie ou de Maladies des enfans, qu'à celui dans lequel on ne s'est proposé que de parler des opérations relatives à l'accouchement.

Section III.

Suite des soins qu'on a coutume de donner aux enfans nouveau-nés, et de l'emmaillottement.

865. Après avoir satisfait aux indications pressantes du côté de la mère, l'avoir délivrée, et mise en état de passer quelques instans sur le

petit lit, l'Accoucheur doit de nouveau s'occuper de l'enfant. Il doit présider à l'emmaillottement, afin d'en écarter ce qui pourroit être nuisible, et indiquer la manière de gouverner cet enfant dans les premiers temps.

866. Presque tous les enfans sont couverts d'un enduit gras et visqueux qu'il est à propos d'enlever, non-seulement par raison de propreté, mais encore pour faciliter la transpiration à laquelle il s'oppose. Il faut en nettoyer les aisselles, les plis des aines, et les parties sexuelles chez les petites filles, où cet enduit est plus abondant, plus susceptible de s'altérer et de produire des excoriations.

De la manière d'enlever la pommade qui recouvre la peau.

867. Pour nettoyer la peau plus facilement et la débarrasser de cette espèce de pommade, il faut commencer par détremper celle-ci avec un peu d'huile ou de beurre, afin de la rendre plus coulante et moins visqueuse : elle s'enlève ensuite en essuyant légèrement avec un linge doux. Obligé de frotter fortement et long-temps avec le linge, si l'on ne détrempe pas cet enduit visqueux auparavant, on irrite la peau et on l'enflamme, de sorte qu'elle devient comme érysipélateuse dans tous ces endroits. On lave ensuite l'enfant avec de l'eau tiède et un peu de vin ; on le baigne même si on le juge à propos : mais on ne doit jamais le mettre dans l'eau froide, dans ce premier moment, parce qu'il pourroit en résulter des accidens très-graves, comme nous l'avons observé à l'égard de plusieurs.

De l'emmaillottement.

868. Chaque peuple a sa manière de vêtir ou d'arranger l'enfant nouveau-né ; mais il ne peut

y avoir d'usage plus contraire à l'intention de la nature que celui du maillot, depuis si long-temps adopté presque partout, et malheureusement encore trop connu dans la plupart des provinces et même des villes parmi les personnes du peuple.

Bandage autour du ventre de l'enfant.

869. De toutes les parties qui composent le maillot, aucune ne paroît plus nécessaire que le petit bandage que l'on met autour du ventre de l'enfant, soit pour soutenir le bout du cordon jusqu'au moment de sa chute, soit pour prévenir la hernie ombilicale, en attendant que l'anneau se soit assez resserré pour s'y opposer par lui-même.

870. Dans le premier temps, ce bandage doit être fait de trois compresses; savoir, deux de la largeur de plusieurs pouces en carré, et d'une autre assez longue pour faire le tour du corps. On fait au milieu de l'une des deux premières, une échancrure de la largeur de quelques lignes pour recevoir l'épaisseur du cordon, et on la fend en dessous de cette échancrure, de manière qu'elle soit à deux chefs. On enduit légèrement cette compresse d'un peu de beurre aux environs de l'échancrure, sur l'une et l'autre de ses faces, pour qu'elle ne s'attache pas à l'ombilic ni au cordon, et qu'on puisse la changer au besoin, sans tirailler et déchirer les vaisseaux avant le moment de leur parfaite oblitération. Nous observerons qu'il vaudroit mieux n'y mettre aucun corps gras que d'en mettre trop, quand le cordon est lui-même très-gras. Cette compresse étant placée sur le ventre, on passe le cordon dans l'échancrure, en le renversant sur le haut et vers le côté gauche; et l'on croise les deux chefs au-dessous, de sorte que la

peau du ventre, qui s'avance sur le cordon, ne paroisse pas, et que l'ombilic ne soit pas tiraillé. On place la seconde compresse par-dessus, et on soutient le tout de la troisième, dont on fait, autour du corps, un seul circulaire médiocrement serré, et fixé au moyen de plusieurs épingles.

871. Quoique le cordon se détache le quatrième ou le cinquième jour, et que l'ombilic soit entièrement cicatrisé pour l'ordinaire au huitième au plus tard, il n'est pas moins utile de continuer encore ce petit bandage pendant quelques semaines. Mais on fera la première compresse un peu plus petite et plus épaisse, afin que la pression se fasse plus exactement sur l'anneau ombilical, et remplisse mieux les vues qu'on se propose : cette compresse ne doit plus être échancrée dans son milieu comme dans le premier temps.

872. On a vu le cordon se détacher après vingt-quatre heures, et l'ombilic aussi bien cicatrisé au second jour, qu'il l'est communément au bout de quelques semaines. Nous n'ignorons pas que des Auteurs ont assuré que des enfans étoient nés avec l'ombilic également cicatrisé : mais il en est de ces observations comme de beaucoup d'autres, sur lesquelles on peut élever des doutes, jusqu'à ce que de nouveaux faits les aient confirmées. Si le cordon se dessèche et tombe quelquefois de très-bonne heure, d'autres fois sa chute n'a lieu que beaucoup plus tard, comme au huitième, au dixième, et même au douzième jour, et l'ombilic n'est bien cicatrisé qu'après plusieurs mois.

873. L'on ne sauroit continuer trop long-temps l'usage du petit bandage recommandé au §. 871,

après la chute du cordon. C'est le seul moyen de prévenir la hernie ombilicale à laquelle tous les enfans ont une disposition naturelle, à cause de la dilatation et de la foiblesse de l'anneau. Cette espèce de hernie est plus souvent l'effet de la négligence des nourrices à employer ce petit bandage, que d'un vice prédisposant. Il faut convenir cependant que des enfans naissent avec une exomphale : nous en conservons un du terme de trois mois et demi, qui a une pareille tumeur, déjà très-volumineuse relativement à la grandeur de ce ce fœtus.

874. On ne doit emmaillotter l'enfant que le plus simplement possible, et ne l'envelopper qu'autant que l'exigent la saison et la propreté. La tête ne devroit être couverte que d'un béguin et d'un bonnet, le col garni d'un fichu, la poitrine et les bras vêtus d'une petite chemise et d'une camisole, qu'on appelle Brassières; et le reste du corps, depuis le dessous des aisselles jusqu'aux pieds, enveloppé d'un lange de toile et d'un autre de futaine, ou de laine, dont on relèvera l'excédent au-devant des jambes : le tout étant serré, assujetti avec des épingles, et non pas avec des bandes.

De la nécessité de changer souvent les linges de l'enfant.

875. Les nourrices sont intéressées, plus qu'elles ne le croyent, à tenir leurs enfans dans la plus grande propreté. Ce n'est qu'en les changeant de langes aussitôt qu'ils sont gâtés, et en leur nettoyant chaque fois les fesses et les environs avec de l'eau tiède, qu'on les préserve des rougeurs et des excoriations qui les font souffrir continuellement, et qui troublent également leur repos et celui des femmes qui les allaitent.

De la manière de coucher l'enfant.

876. On couche l'enfant dans un petit berceau, ou panier garni appelé Barcelonnette, sur lequel on croise quelques rubans pour l'empêcher d'en sortir en se remuant, surtout quand il devient plus fort.

Inconvéniens de bercer les enfans.

877. L'usage de bercer les enfans leur devient souvent très-nuisible, par rapport aux dérangemens que ces secousses répétées peuvent produire dans leur frêle organisation. Les nourrices abandonneroient sans doute cet usage, malgré l'espèce d'avantage qu'elles y trouvent, si elles étoient convaincues que le sommeil qu'elles procurent à leurs nourrissons par ces secousses fréquentes, n'est qu'un sommeil contre-nature, et plutôt un état comateux et d'étourdissement qu'un doux repos.

De la qualité de l'air qui convient à l'enfant.

878. Le choix de l'air qui convient à l'enfant nouveau-né n'est pas moins important que celui des alimens et des autres choses qui l'entourent. Sa chambre doit être bien exposée et bien percée, pour qu'on puisse procurer à ce fluide le degré de salubrité nécessaire. Cette chambre, autant qu'il est possible, doit être éloignée du grand bruit, pour que l'enfant puisse y dormir tranquillement, et que son réveil ne se fasse pas en sursaut. Il est essentiel surtout qu'il soit couché en face de la lumière, pour prévenir le strabisme, ou empêcher qu'il ne devienne louche.

Du temps où il faut commencer à faire prendre de la nourriture à l'enfant.

879. L'enfant peut se passer de nourriture le premier jour; mais il ne convient pas de l'en priver au-delà de ce terme. En attendant on lui fait boire de temps en temps quelques cuillerées d'eau sucrée ou miellée, à dessein de détremper un peu le méconium, et d'en favoriser l'issue. Plusieurs lui font

prendre aussi l'huile d'amandes douces et le sirop de chicorée à la dose d'une once, ou toute autre chose semblable, dans la vue de le purger.

De la manière de le purger dans le premier temps.

880. Nous approuvons les légers purgatifs; mais nous préférons à ce mélange d'huile et de sirop, ce dernier avec deux fois autant d'eau commune pour le rendre plus coulant. L'huile d'amandes douces ne convient que lorsque l'enfant est tourmenté de coliques. Après l'avoir évacué, nous continuons l'usage du sirop, mais à plus petite dose, jusqu'à ce que l'espèce de jaunisse qui survient assez ordinairement dès les premiers jours, soit entièrement dissipée.

881. L'on est assez généralement dans l'opinion que les enfans allaités par leur mère ont moins besoin de ces secours que les autres; parce que le premier lait, appelé Colostrum, étant plus séreux que dans les jours suivans, remplit parfaitement les mêmes indications. Si cette opinion était fondée, on parviendrait peut-être à procurer les mêmes qualités au lait de la nourrice, en l'astreignant à un régime convenable. Mais est-ce bien parce que le lait est plus séreux dans les premiers jours qu'il semble purger l'enfant? ou bien cette évacuation serait-elle provoquée par d'autres causes.

882. En supposant que le lait soit alors plus séreux que dans la suite, ce qui n'est pas constamment vrai, puisqu'on le voit chargé d'une substance grasse, épaisse et d'une couleur tirant sur le jaune, l'enfant en prendrait-il suffisamment pour délayer le méconium, et solliciter le canal intestinal à s'en débarrasser? Si ce premier lait, dont la sécrétion ne devient abondante qu'après quelques

jours est purgatif, ce n'est qu'en raison de la partie grasse dont nous venons de parler. Ce n'est pas la quantité que prend l'enfant pendant le premier et le second jours, qui l'évacue, car souvent il ne peut en extraire une seule goutte. Ce sont les efforts de la succion qui procurent cet avantage en déterminant une plus grande quantité de salive dans l'estomac, en faisant couler la bile cystique dans le duodénum; c'est la qualité irritante du méconium et l'agitation même de l'enfant, etc. Ceux qui ne prennent le sein que fort tard, et à qui on ne donne aucune boisson, évacuent comme les autres; mais ils ne le font pas aussi complètement que les enfans à qui on administre le sirop de chicorée; et souvent au quatrième jour et même beaucoup plus tard, ils rendent encore du méconium.

Des alimens qui conviennent à l'enfant.

883. Aucun aliment ne convient mieux à l'enfant que le lait de sa mère. Quoique les mamelles ne se gonflent que le deuxième ou le troisième jour après l'accouchement, on ne doit pas en conclure que ce fluide ne commence à s'y filtrer qu'à cette époque, et que l'enfant n'a pas besoin de nourriture auparavant; cette opinion a eu des suites trop fâcheuses, pour ne pas chercher à la combattre: plusieurs enfans, en attendant cette époque, se sont affoiblis au point de ne plus pouvoir téter, ou de ne pouvoir digérer le lait qu'on leur donnoit. La mère doit présenter le téton dès les premiers momens; mais la nourrice étrangère ne le fera que plus tard, et même après vingt-quatre heures.

884. Au défaut du lait de la mère, on donne

celui d'une autre femme. Quoique le lait des animaux réussisse le plus souvent assez mal, surtout dans les grandes villes, où l'on peut difficilement s'en procurer de bon, on est cependant obligé quelquefois d'y avoir recours pendant plusieurs jours. On donne alors celui de vache affoibli avec partie égale d'eau commune, ou une décoction d'orge. On a préféré jusqu'ici le lait de chèvre à ce dernier, lorsque des circonstances particulières ne permettent pas de donner de nourrice à l'enfant, soit parce qu'on l'a cru plus analogue à celui de la femme, soit parce que la chèvre se prête volontiers à la succion de l'enfant, et s'y accoutume sans peine. Mais le lait des animaux ne réussit pas des mieux, quelles que soient les précautions qu'on prenne pour l'administrer (1).

Du temps où il faut allaiter l'enfant.

885. Il ne convient pas mieux d'habituer l'enfant à ne téter qu'à certaines heures du jour, que de le présenter au sein toutes les fois qu'il s'éveille ou qu'il crie. Il faut l'allaiter quand il a faim ; et avec un peu de soin, la nourrice pourra distinguer les cris excités par ce besoin, d'avec ceux que font pousser la douleur ou la gêne.

886. La nourrice ne devroit donner le sein à son enfant que quelque temps après ses repas, si ce n'est dans le cas où l'on chercheroit à rendre son lait médicamenteux : alors elle laissera moins

(1) Nous sommes entré dans de plus grands détails sur la nourriture des enfans, dans un ouvrage publié en faveur des Sages-femmes : on peut le consulter depuis la page 299 jusqu'à celle 305 inclusivement, troisième édition.

d'intervalle, et ne mettra que celui qu'on lui prescrira. Celle qui a souffert longtemps la faim, doit prendre quelque peu d'alimens un quart d'heure avant de donner à teter. Elle ne doit jamais le faire dans un état d'ivresse, ou de violente passion, dans l'effet d'un purgatif, ni immédiatement après s'être livrée à l'acte du mariage.

Des inconvéniens de la bouillie ordinaire, et de celle qu'on peut y substituer après quelques mois.

887. La bouillie, dont l'usage paraît encore si généralement adopté, ne convient jamais à l'enfant dans le premier temps de sa naissance. C'est avec raison qu'on la regarde comme le plus pernicieux de tous les alimens qu'on puisse lui donner alors; et l'exemple d'un grand nombre d'enfans qui ont eu la force de la digérer, ne doit pas rassurer contre ses mauvaises qualités; surtout quand on la prépare avec aussi peu de soin que le font la plupart des nourrices. On diminue la viscosité de la bouillie et on la rend un peu plus facile à digérer, en faisant cuire auparavant la farine avec laquelle on la prépare; et il vaudroit peut-être mieux faire germer le grain, et le préparer comme celui que les brasseurs employent à la confection de la bière. On préfère avec raison, depuis quelques années, la fécule de pomme de terre à la farine de froment.

888. Une panade bien faite et bien légère seroit préférable à la bouillie, si on trouvoit aisément partout d'assez bon pain pour la faire, et si on se donnoit la peine de la bien faire; mais on ne doit commencer à donner de ces alimens que lorsque le lait de la nourrice ne suffit plus. On lui donne, dans la suite, un peu plus souvent de cette panade ou de bouillie, pour préparer l'enfant au sevrage.

Du temps où l'on sèvre les enfans.

889. Quoiqu'il paroisse très-conforme au vœu de la nature de ne sevrer l'enfant qu'après l'éruption de ses vingt premières dents, on ne laisse pas de le faire, en général, beaucoup plus tôt, soit parce que le lait vient à manquer, soit par d'autres motifs. Un grand nombre de ces enfans, sevrés prématurément, auroient été fort heureux de retrouver ensuite le lait de leur nourrice, parce qu'ils étoient devenus languissans pendant le travail de leurs dernières dents, et qu'ils ne pouvoient digérer aucune espèce d'alimens. On doit sevrer le plus tard possible, si on le fait avant l'éruption de toutes les dents de lait, et choisir, pour le faire, le moment où la bouche sera le moins échauffée par le travail de la dentition.

Des choses qui peuvent donner plus de lait à la nourrice.

890. De toutes les choses qu'on est dans l'usage de prescrire aux femmes pour leur procurer plus de lait, lorsqu'il vient à diminuer, rien ne réussit mieux que celui de vache, pur, ou coupé avec la décoction d'orge, malgré le préjugé où elles sont que le lait chasse le lait.

Ressources pour nourrir l'enfant, quand il ne peut rien avaler.

891. Si l'enfant venoit au monde avec quelques vices de conformation qui s'opposassent entièrement à la déglutition, il faudroit le nourrir en lui donnant plusieurs fois le jour de petits lavemens de lait, et en le baignant dans ce même fluide. Les premiers ont été déjà recommandés et employés en pareil cas. L'exemple des personnes adultes, nourries pendant quelque temps par des lavemens de bouillon, auroit dû plutôt indiquer cette ressource pour les enfans, quoiqu'on ne puisse les faire subsister bien du temps par ce seul moyen.

Section IV.

Des choses qui caractérisent une bonne nourrice.

Caractères d'une bonne nourrice.

892. C'est essentiellement à la qualité et à la quantité du lait qu'on doit faire attention dans le choix d'une nourrice ; et comme il peut s'altérer aisément, il faut encore y veiller de temps en temps, afin de soutenir ses bonnes qualités par un régime convenable. Celui des femmes de la campagne qui viennent dans les villes pour nourrir sur lieu, est surtout sujet à ces fréquentes altérations, par rapport au changement d'air et de nourriture, au défaut d'exercice, à l'ennui qu'elles éprouvent.

Qualités que doit avoir le lait.

893. Le lait doit être doux et sucré, d'un beau blanc, sans odeur, et d'une consistance moyenne. Comme il contracte facilement l'odeur du vase dans lequel on le reçoit, celle des doigts qui le font couler, et qu'il conserve d'ailleurs pendant plusieurs heures le goût et l'odeur de certains alimens, ainsi que de quelques médicamens, il faut, pour que nous puissions en juger sainement, que la nourrice soit à jeun depuis quelque temps, qu'elle se lave les doigts avant de le tirer, et qu'elle le reçoive dans une tasse de porcelaine, ou une cuiller bien propre. L'Accoucheur doit aussi se laver la bouche avec de l'eau avant de le goûter.

894. Les traces que laisse en s'écoulant une goutte de lait posée sur l'ongle légèrement incliné, font connoître sa consistance. Quand il est trop

épais, cette goutte s'en écoule difficilement, et laisse derrière elle une sorte de queue alongée; trop clair, il ne laisse après lui d'autres traces que celles de l'eau; au lieu que celui qui est d'une bonne consistance en fait voir une blanchâtre.

895. Si on préfère ordinairement un lait de trois mois à celui de six, c'est sans doute parce que ce dernier étant plus vieux, peut manquer avant que l'enfant ne soit en âge d'être sevré; car souvent il pourroit être préférable au premier, par rapport à ses qualités, à sa consistance, à son abondance même.

Danger de l'opinion où l'on est, que l'enfant *nouveau-né renouvelle le lait de la nourrice*.

896. L'opinion où sont bien des personnes, que l'enfant nouveau-né renouvelle le lait de la nourrice, a eu trop souvent des suites fâcheuses, pour ne pas s'y arrêter un instant. Le gonflement qui survient aux mamelles dans les premiers jours qu'on y a substitué un jeune enfant à un beaucoup plus âgé, a pu donner lieu à cette erreur: mais ce gonflement est illusoire : il vient de ce que l'enfant substitué au premier ne peut vider complètement le sein de sa nourrice à chaque succion, comme le faisoit celui-ci, parce qu'il lui faut moins d'alimens. Le laissant à demi-plein chaque fois qu'on l'en retire, bientôt il y aura tuméfaction douloureuse, comme au troisième jour des couches; le lait engrumelé s'y décomposera; et si l'on fait quelques efforts pour en extraire, on n'en obtiendra que de clair et séreux : ce qui a donné lieu au préjugé que nous combattons. Après ce temps la sécrétion s'en affoiblit, il diminue, et la source qu'auroit entretenue le premier enfant

ne tarde pas à tarir : ce qui oblige de sevrer prématurément le second.

897. La nourrice, dont on fait choix, doit être d'un âge moyen, d'une bonne constitution, exempte de tout virus et de toute espèce de maladie. On préfère celle qui est brune à celle qui est blonde; celle qui est d'un embonpoint médiocre à celle qui est très-grasse ou très-maigre; la nourrice qui a de belles dents à celle dont la bouche en est dégarnie, ou qui en a de gâtées; enfin celle qui a les mamelles d'une moyenne grosseur, parsemées de veines bleuâtres, dont l'aréole est un peu monticuleux, le mamelon bien percé et d'une longueur convenable. On doit aussi avoir beaucoup d'égard aux qualités morales.

CHAPITRE V.

De la délivrance et du régime des femmes en couches.

898. La délivrance et le régime que doivent observer les femmes en couches, ne forment pas deux articles moins essentiels que les précédens : la moindre faute dans l'une, et la plus petite inexactitude dans l'autre, pouvant également devenir la source d'une foule de maux ou d'accidens graves.

ARTICLE PREMIER.

De la délivrance.

De la délivrance.

899. On est convenu, depuis long-temps, de désigner par le mot Délivrance, la sortie du placenta et des membranes. Presque toujours elle seroit l'ouvrage de la nature, si on lui donnoit le temps de l'opérer ; et il faut avouer que, dans la plupart des cas, nous y contribuons bien peu, quoique le public se persuade le contraire, quoiqu'il regarde notre ministère comme l'ancre du salut de la femme, et qu'il nous croie bien plus nécessaires en ce moment que dans celui de l'accouchement.

900. Le pouvoir de la nature a cependant ses bornes en cela comme en beaucoup d'autres choses ;

elle ne peut toujours expulser le placenta, et dans la délivrance comme dans l'accouchement, l'art est quelquefois de la plus grande nécessité.

Opinions concernant la délivrance.

901. Deux opinions contraires se sont élevées sur ces vérités fondamentales. Les uns ont prétendu qu'il falloit toujours commettre l'expulsion de l'arrière-faix aux soins de la nature, et les autres qu'on ne pouvoit l'extraire trop promptement : ceux-ci se donnoient à peine le temps de lier le cordon et de le couper, pour introduire la main dans la matrice et délivrer la femme; pendant que les premiers attendoient patiemment la sortie de l'arrière-faix, quoique, en quelques cas, elle ne pût s'opérer spontanément.

Le pouvoir de la nature a ses bornes dans la délivrance, et l'art son utilité.

902. Des préceptes trop généraux, émanés de part et d'autre, ont été souvent funestes à la femme. Il y a des cas sans doute, et nous les distinguerons soigneusement, où l'Accoucheur se voit forcé de délivrer la femme sur-le-champ; d'autres où les circonstances exigent qu'il abandonne ce soin à la nature pendant un temps plus ou moins long, comme il en existe beaucoup où elle pourroit se suffire, mais dans lesquels nous pouvons encore l'aider, en saisissant le moment favorable pour cela.

903. Avant de faire connoître ce moment, et d'exposer la manière de délivrer la femme, soit dans les circonstances ordinaires, soit dans les autres, suivons la nature abandonnée à elle-même, et voyons comment elle parvient à expulser l'arrière-faix.

Section première.

De la délivrance naturelle.

De la manière dont s'opère la délivrance spontanée.

904. La délivrance qui se fait naturellement comprend deux temps, celui du décollement du placenta et celui de son expulsion. La matrice est l'agent principal de cette double opération; son action seule force le placenta à se détacher, mais ayant besoin d'être aidée pour expulser entièrement cette masse, la contraction des muscles abdominaux vient à son secours.

905. Les efforts répétés que fait la matrice pour se délivrer de l'enfant, sont ordinairement ceux qui détruisent les adhérences du placenta; puisqu'on le trouve presque toujours renversé, et sur l'orifice interne, immédiatement après la sortie du premier. Tantôt cette désunion commence par le centre du placenta, et tantôt par un point de sa circonférence; ce qui produit des phénomènes différens.

906. Dans le premier cas, le milieu du placenta étant poussé en avant, cette masse se renverse sur elle-même en se détachant; elle vient offrir sa surface recouverte de membranes et de vaisseaux, à l'orifice de la matrice et dans la suite à l'entrée du vagin, et elle forme en arrière une poche qui se remplit de sang, de sorte que la femme n'en perd presque pas avant de se délivrer.

907. Il se forme une poche à peu près semblable, et le placenta vient encore se présenter de même, quand il commence à se séparer de la ma-

trice par l'endroit de son bord qui est le plus éloigné de l'orifice de celle-ci ; avec cette différence cependant, que c'est ce point et non le milieu de la face fœtale qui s'engage le premier. Mais les choses se passent différemment lorsque le placenta se détache par en bas, surtout s'il est dans le voisinage de l'orifice ; dans ce dernier cas, il se roule sur lui-même en forme de cylindre ou d'oublie, et selon la longueur de la matrice ; de manière qu'il vient présenter au toucher ou à la vue sa surface anfractueuse, et que sa sortie est toujours précédée d'un peu et quelquefois de beaucoup de sang fluide.

908. Comme l'orifice de la matrice se referme le plus souvent aussitôt que l'enfant en est sorti, le placenta, dans tous les cas, s'y trouve renfermé pour quelques minutes ; mais ce viscère, encore irrité, ne pouvant souffrir de corps étranger, se contracte bientôt pour l'expulser, force son orifice à se rouvrir pour lui donner issue ; et la femme, excitée par la gêne qu'elle éprouve de la part de ce corps engagé dans le vagin, ne tarde pas à faire des efforts pour accélérer sa délivrance.

909. Le placenta entraîne ordinairement les membranes en sortant, à moins que leur union à la matrice ne soit très-serrée. Dans ce dernier cas elles se déchirent ; la portion retenue ne se détache souvent qu'à la longue, et ne vient qu'avec les lochies ; mais ce n'est pas toujours sans accidens que la matrice en supporte la présence jusqu'à ce moment.

910. La nature suit constamment cette marche dans la délivrance, mais elle ne la suit pas d'un pas égal chez toutes les femmes ; quelques-unes se

délivrant très-vite, et d'autres très-lentement. En général, la délivrance est d'autant plus prompte que l'expulsion de l'enfant s'opère plus lentement, que la matrice est plus irritée, qu'elle conserve plus de force et moins de capacité au moment où l'enfant vient d'en sortir ; *et vice versà*.

SECTION II.

Des signes qui indiquent le moment de coopérer à la délivrance, et de la manière d'y procéder dans le cas le plus ordinaire.

Du temps où l'on doit procéder à la délivrance.

911. On ne doit jamais entreprendre de délivrer la femme, que le placenta ne soit détaché et que la matrice ne s'efforce de l'expulser, si ce n'est dans les circonstances que nous indiquerons ci-après. De nouvelles douleurs viennent annoncer l'instant où l'on peut y procéder : la dureté et le peu de volume du globe utérin, qui se fait sentir au-dessus des os pubis, la souplesse du bord de l'orifice, la dilatation de celui-ci, et la présence d'un corps qui commence à s'y engager, ne font qu'ajouter à ces premiers symptômes.

Des moyens de favoriser la délivrance.

912. On favorise la délivrance, en laissant dégorger le placenta par la veine ombilicale (*voyez* §. 848), en faisant, d'une main, des frictions sur la région hypogastrique de la femme pour solliciter ou pour soutenir l'action de la matrice, et en tirant de l'autre main sur le cordon ombilical.

913. Les efforts qu'on fait sur le cordon, dans la vue d'entraîner le placenta, doivent être dirigés d'abord de manière qu'ils le forcent de descendre

selon l'axe du bassin, ce qui ne peut avoir lieu dans plusieurs cas, sans une précaution particulière, soit à cause de la direction naturelle du bassin même, soit à cause de la situation de la femme, dont les fesses sont plus ou moins enfoncées dans l'épaisseur des matelas. Cette précaution consiste à tirer en en-bas, ou bien à former, de l'extrémité de plusieurs doigts introduits profondément dans le vagin, une espèce de poulie de renvoi au cordon.

914. Dans ce dernier cas, l'Accoucheur ayant saisi le cordon d'une main garnie de linge sec, le tendra horizontalement et tirera dessus, tandis qu'il portera trois doigts de l'autre main, réunis et formant une espèce de gouttière, derrière les os pubis, jusqu'à l'entrée de la matrice, pour pousser fortement en arrière la base de ce cordon, et lui faire décrire dans ce même sens un coude semblable à celui qu'il décriroit dans la gorge d'une poulie.

915. En opérant ainsi, les efforts qu'il fera de la première main, quoique dans une direction horizontale, ou presque telle, agiront sur le placenta comme si le cordon traversoit l'espace compris entre l'anus de la femme et la pointe du coccix, et par conséquent à peu près selon l'axe du détroit supérieur.

916. Cette précaution est quelquefois si nécessaire, que sans elle on éprouve de grandes difficultés à extraire le placenta; ce qui fait qu'on le juge volumineux, tandis qu'il n'excède pas les bornes ordinaires, ou bien qu'on le croit très-adhérent, lorsqu'il est entièrement détaché, et que

l'Accoucheur prend un parti tout différent de celui qu'exigent ces difficultés.

Précautions nécessaires pour achever sûrement la délivrance.

917. Quand le placenta est descendu dans le vagin, on le tire simplement à soi, en relevant la main placée à l'extrémité du cordon, et dès qu'il paroît au-dehors, on le reçoit et le soutient de la main gauche placée transversalement au-dessous de la vulve; tandis qu'on le saisit de la main droite, et le roule cinq ou six fois sur lui-même, en tirant doucement à soi, afin de ramasser les membranes derrière, et de les tordre en manière de corde.

918. Aucun procédé ne convient mieux que ce dernier pour entraîner la totalité de ces membranes, et prévenir les accidens qui ont été plus d'une fois la suite de la rétention de quelques-uns de leurs lambeaux dans la matrice. S'il est un seul cas où cette précaution paroisse insuffisante, c'est celui où le placenta se trouvant dans le voisinage du col de la matrice, les membranes se sont ouvertes auprès de cette masse : on ne peut alors, en le roulant sur lui-même, ramasser constamment ces membranes sous forme de corde; il faut les saisir elles-mêmes quand l'arrière-faix est dehors, et les rouler comme il convient pour ne pas en laisser.

919. Toutes les fois qu'on éprouve quelque difficulté à extraire le placenta en tirant sur le cordon avec toutes les précautions énoncées aux §. 913 et suivans, il faut en rechercher la cause, en avançant un doigt profondément dans l'orifice de la matrice, avant de faire de plus grands efforts qui pourroient rompre ce cordon. S'il est nécessaire de tirer davantage sur le cordon, il convient également de continuer les frictions que nous avons

recommandées, sur la région hypogastrique, pour solliciter plus fortement l'action expulsive de la matrice. Lorsque l'Accoucheur ne pourra faire ces frictions lui-même, il palpera cette région de temps à autre, pour s'assurer du degré de contraction et de fermeté du globe que forme la matrice, et éviter que le fond de cet organe ne cède à de pareils efforts sur le cordon, ne se renverse, et ne soit entraîné avec l'arrière-faix.

Section III.

Des circonstances accidentelles qui doivent engager à délivrer la femme plus tôt ou plus tard, et à varier la manière d'opérer.

Du temps où il convient de délivrer, quand il y a perte de sang.

920. De tous les accidens qui peuvent engager à délivrer la femme avant la réunion de tous les signes indiqués ci-devant, aucun n'est plus pressant que l'hémorrhagie utérine, parce que la matrice alors affoiblie par le sang qu'elle verse, manque de force pour expulser le placenta dont la présence ne fait que favoriser ou entretenir cette perte.

921. L'hémorrhagie est apparente ou cachée. Dans le premier cas, un ruisseau de sang coule du vagin; dans le second, ce fluide s'épanche dans la matrice, dont le placenta bouche l'orifice; il en développe les parois, et en remplit bientôt la cavité. Cette dernière espèce d'hémorrhagie, plus rare que la première, peut devenir plus dangereuse, par rapport à la sécurité où reste l'Accoucheur en attendant le moment favorable pour délivrer.

922. Cette hémorrhagie cachée n'est jamais plus à craindre qu'à la suite des accouchemens qui ont été précédés d'une perte abondante, et surtout si on les termine promptement; parce que le placenta alors détaché, cessant presque tout à coup d'être soutenu par l'enfant, vient se présenter sur l'orifice de la matrice avant qu'elle ne se soit assez resserrée sur elle-même pour résister à l'abord du sang. Cet accident peut arriver de même après la délivrance, si l'on tamponne le vagin sans autre précaution, pour s'opposer à l'écoulement du sang, entretenu par l'inertie de la matrice. (*Voy.* §. 999 et suivans.)

Accidens qui obligent de delivrer sans délai.

923. Les syncopes fréquentes et les convulsions devroient aussi nous déterminer à extraire le placenta et les autres corps étrangers qui peuvent en être la cause, si la nature des convulsions le permettoit toujours.

Accidens qui peuvent retarder la délivrance, et la rendre plus difficile.

924. L'inertie de la matrice, le resserrement spasmodique ou naturel de son col, l'adhérence contre-nature du placenta, et son chatonnement dans une poche particulière dont nous expliquerons la formation dans la suite, autant que cela est possible; son implantation sur le col de la matrice, etc. sont des accidens qui exigent qu'on diffère plus ou moins la délivrance, ou qui demandent quelques modifications dans la manière de l'opérer. La foiblesse et l'arrachement du cordon viennent ajouter en quelques cas aux difficultés naturelles que présentent ces mêmes circonstances, comme on le verra dans la suite.

Section IV.

De la délivrance dans le cas de perte, d'inertie de la matrice, du resserrement spasmodique et naturel, du col de ce viscère.

De la manière de délivrer dans le cas de perte.

925. Si la perte exige qu'on délivre la femme sur-le-champ, elle n'indique presque rien concernant la manière d'opérer qui n'ait été exposé ci-devant, excepté lorsque le placenta conserve encore une partie de ses adhérences avec la matrice, lorsque le cordon ombilical a été arraché; ou lorsqu'il est trop foible pour supporter les efforts nécessaires en pareil cas.

926. Quand le cordon est entier et assez fort, on tire dessus avec les précautions ordinaires, tandis qn'un aide sollicite l'action expultrice de la matrice, ou qu'on la sollicite soi-même, en faisant d'une main des frictions convenables sur le ventre. Si le placenta résiste à ces efforts combinés, on va le prendre à l'entrée de la matrice, en y avançant la main avec précaution. On se conduit de même quand le cordon ne peut servir, à cause de sa foiblesse ou autrement.

927. Lorsque le placenta n'est pas complètement détaché, on cherche l'endroit où il s'est déjà séparé de la matrice; on insinue les doigts derrière cette portion, et l'on achève de détruire le reste de ses adhérences, en agissant comme si on vouloit séparer deux feuilles de papier unies ensemble. Pendant tout ce temps, l'on a grand soin d'assujettir la matrice, en appuyant de l'autre main sur

le ventre de la femme (*voyez* §. 967), et on ne néglige aucun des moyens usités dans le cas de perte.

928. Si l'inertie de la matrice demande qu'on délivre la femme sans délai lorsqu'elle est accompagnée d'une perte abondante, comme on l'a vu au §. 925, elle prescrit une conduite bien différente quand il n'y a pas d'hémorrhagie, puisqu'il ne faut rien faire alors qui puisse donner occasion au décollement du placenta, avant que la matrice ne soit revenue de son état de foiblesse et d'engourdissement, que ses forces ne se soient rétablies, qu'elle ne soit en état de se contracter et de se resserrer sur elle-même. Ce n'est qu'en différant la délivrance qu'on prévient l'hémorrhagie dans ce cas; qu'on empêche que le fond de la matrice ne soit entraîné avec le placenta, et que ce viscère ne se renverse, ou ne se retourne comme un gant; accident souvent plus fâcheux que le premier qui ne tarde pas à le compliquer, parce qu'il en est constamment la suite; accident que le public attribue toujours à l'impéritie ou à l'inattention de l'Accoucheur, quoiqu'il ne soit pas en son pouvoir de le prévenir dans tous les cas.

De l'inertie de la matrice relativement à la délivrance.

929. La contraction spasmodique du col de la matrice n'apporte le plus souvent à la délivrance qu'un obstacle momentané. Il est rare que cet état donne de l'inquiétude, s'il ne devient pas général, ou s'il n'est pas accompagné de quelque autre accident. C'est alors l'espèce de complication qui a lieu, qui doit fixer le choix des moyens les plus convenables.

De l'état spasmodique du col de la matrice.

930. Le resserrement naturel du col de la ma-

Du resserre-

ment naturel du col de la matrice.

trice ne s'oppose jamais plus fortement à la délivrance, qu'après l'avortement qui se fait dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse. Lorsque cette partie de la matrice, en quelques cas, se contracte assez pour y apporter des obstacles à la suite d'un accouchement à terme, cela ne dure que très-peu de temps ; bientôt l'orifice est obligé de céder aux efforts de la nature, et de s'ouvrir de nouveau pour donner issue au placenta.

931. Quand il n'y a d'autre empêchement à la délivrance que celui qui dépend du resserrement naturel du col de la matrice, il faut la différer autant que l'exige la durée de cet état. Le délai n'est jamais bien long après l'accouchement à terme, comme nous venons de le dire, mais il l'est en général d'autant plus à la suite des avortemens, que la grossesse étoit moins avancée. On verra, dans l'une des sections suivantes, ce qu'on doit faire dans ces derniers cas, soit pour empêcher ce resserrement du col de la matrice et favoriser la délivrance, soit pour prévenir les suites fâcheuses que peut avoir quelquefois la rétention du placenta.

Section V.

Des obstacles qui proviennent des adhérences contre nature du placenta, et de ce qu'il convient de faire en pareil cas.

932. Les adhérences du placenta à la matrice peuvent être assez étroites et assez fortes pour résister aux efforts que fait ce viscère pour les détruire ; à ceux qu'on peut exercer en tirant sur le

cordon, et à l'action même immédiate de la main; à moins qu'on ne veuille exposer la femme à des accidens beaucoup plus fâcheux que ceux auxquels on voudroit la soustraire en la délivrant de suite; mais ces cas sont extraordinairement rares, et à peine chaque Accoucheur en trouve-t-il un seul dans le cours de sa pratique.

De la nature des adhérences extraordinaires du placenta.

933. Quelque serrée que puisse être l'union du placenta à la matrice, elle ne se fait jamais qu'au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins dense; et l'on ne voit en aucun cas, de ces crêtes utérines dont quelques Accoucheurs ont parlé, s'engrener profondément dans les anfractuosités du placenta, qu'ils ont aussi gratuitement supposées : ce qui doit au moins nous rassurer contre la crainte de déchirer ces crêtes, en voulant détacher ce dernier.

934. Il est très-rare que des adhérences de cette espèce soient également serrées partout. Le plus souvent il n'y a que quelques lobes du placenta qui soient liés aussi étroitement à la matrice et comme identifiés avec sa substance, et le surplus n'y est uni que foiblement. Mais ces fortes adhérences se trouvent tantôt au milieu et tantôt sur le bord du placenta; ce qui peut offrir des phénomènes différens, et rendre la délivrance plus ou moins urgente et plus ou moins difficile.

935. Si cette opération est plus aisée quand le placenta est en partie détaché, que lorsqu'il est encore partout adhérent, la circonstance est aussi plus pressante, à cause de la perte qui l'accompagne presque toujours, au lieu que cet accident n'existe jamais dans le dernier cas.

936. Le lieu de la matrice qu'occupe le placenta,

celui du placenta où est implanté le cordon, la force et la foiblesse de ce dernier, sont autant de choses qui ajoutent encore aux difficultés qui naissent de l'adhésion plus ou moins grande, et qui exigent des soins particuliers dans l'opération.

De la manière de reconnoître en pareil cas le lieu qu'occupe le placenta.

937. On juge assez bien de la région de la matrice, où est attaché le placenta, en suivant le cordon au moyen du doigt, et en observant sur quel côté du bord de l'orifice il se contourne, pendant qu'on le tient un peu tendu de l'autre main; mais ce n'est qu'en portant une main dans la matrice même, qu'on peut reconnoître la plupart des autres variétés.

De la manière d'opérer la délivrance en pareil cas.

938. Il n'est pas toujours nécessaire d'introduire la main dans la matrice pour opérer la délivrance, lorsque les adhérences du placenta sont plus fortes que de coutume; souvent il suffit de tirer sur le cordon, en dirigeant ces tractions de manière qu'elles agissent directement et presque uniquement sur le point même du placenta où il est inséré.

939. Pour obtenir cet avantage, on fait décrire au cordon ombilical, le coude dont il est parlé au §. 914, mais tantôt dans un sens et tantôt dans un autre, selon le lieu de la matrice où est attaché le placenta. Lorsque c'est à la partie antérieure, on ne change rien au procédé exposé au paragraphe dont il s'agit; mais quand il est attaché à la partie postérieure, on fait faire ce coude au cordon, de derrière en devant, en introduisant les doigts qui forment la poulie vers le bord postérieur de l'orifice de la matrice, tandis qu'on tire de l'autre main sur l'extrémité de ce cordon, le plus en en-

bas possible. Ce même coude doit se faire de droite à gauche, toutes les fois que le placenta est adhérent au côté droit de la matrice; et de gauche à droite, lorsqu'il se trouve implanté à la partie latérale gauche.

940. La précaution de former cette espèce de poulie de renvoi au cordon ombilical, au moyen de quelques doigts, pour changer la direction des forces appliquées à son extrémité, n'est jamais plus nécessaire que lorsque son insertion est au bas du placenta. Les raisons qu'en apporte le célèbre *Levret* sont si claires, que nous croyons devoir les retracer ici (1). « Il arrive très-souvent, dit-il, que » cette masse paroît très-adhérente, dans ce cas, » lorsqu'on tire le cordon à l'ordinaire, parce qu'on » ne tend pas plus à décoller aucun point de sa circonférence, que si on vouloit tirer à soi, en glissant, un papier figuré en palette, mouillé et appliqué sur un plan parallèle à ses surfaces : car » on arracheroit plutôt l'appendice du papier, que » de le décoller en entier; au lieu que si on soulève l'appendice pour le détacher, il quitte aisément le plan sur lequel il est appliqué ».

941. Il seroit difficile de donner une meilleure idée de la chose, par une comparaison qui fût autant à la portée de tout le monde, que celle dont se sert *Levret*. Il est certain qu'en tirant, selon la longueur du cordon qui est alors attaché au bas du placenta, l'on ne tend à détacher aucun point de

---

(1) *Levret*, suite des Observations sur la cause et les accidens de plusieurs Accouchemens laborieux, pag. 139, quatrième édit.

son bord plutôt qu'un autre, mais tous ceux de sa surface à-la-fois; parce que l'effort se divise à la base du cordon, et se partage entre tous les rayons vasculaires, qui vont de là se distribuer à tous les points de la masse entière. Aussi arrive-t-il souvent que ceux de ces rayons vasculaires qui sont les plus tendus se rompent successivement; qu'on arrache le cordon, dans le cas même où les adhérences du placenta n'offrent rien d'extraordinaire, si l'on néglige la précaution qui vient d'être recommandée.

942. Quelques doigts introduits à l'orifice de la matrice, et le plus près possible de la base du cordon, suffisent pour changer la direction des efforts qu'on fait de l'autre main sur son extrémité, comme on le remarque aux §. 938 et 939, quoique *Levret* prescrive d'introduire toute la main. « Si l'on fait passer, dit-il, comme dans la gorge d'une poulie, le cordon ombilical entre la base de deux doigts d'une main, sans le serrer, et qu'on introduise cette main au fond de la matrice, pendant que de l'autre on tirera le cordon à l'ordinaire, on séparera le placenta du lieu où il sera attaché, comme on décolleroit une sole appliquée sur une planche par son propre limon, en lui renversant la queue sur le dos et la conduisant de cette façon vers la tête. »

943. En recommandant cette méthode pour tous les cas de placenta en raquette, *Levret* ne se persuadoit qu'elle étoit également nécessaire et également bonne dans tous, que parce qu'il croyoit que c'étoit toujours au bas du placenta que s'attachoit le cordon dans ces sortes de cas, et conséquem-

ment sur le point le plus près de l'orifice de la matrice : mais nous avons combattu cette opinion au §. 483, en annonçant que le cordon pouvoit s'implanter indistinctement à tous les points de la surface interne et du bord même du placenta. Autant il est nécessaire de former cette espèce de poulie de renvoi au cordon ombilical quand il est implanté au bord inférieur du placenta, autant cette précaution est inutile lorsqu'il a jeté ses racines au bord supérieur de cette masse.

944. S'il est difficile de détacher le placenta en tirant sur le cordon, même avec la précaution recommandée par *Levret*, dans le cas où ce cordon naît immédiatement du bord inférieur de cette masse, si les vaisseaux ombilicaux se rompent ou se déchirent successivement comme nous l'annonçons au §. 941, la chose l'est encore bien plus quand ces vaisseaux quittent la forme de cordon loin du placenta, s'avancent isolément sur les membranes et sans autre soutien, vers plusieurs points du bord de celui-ci, souvent très-écartés les uns des autres, comme on le remarque au §. 484; ils se rompent alors avec tant de facilité, qu'on ne doit pas même tenter les plus foibles efforts pour entraîner l'arrière-faix quand il est détaché, avant qu'il ne soit dans le vagin.

Sentimens de quelques Auteurs sur ce point de la délivrance.

945. Lorsque les adhérences du placenta résistent aux efforts bien dirigés qu'on exerce sur le cordon, ou lorsque celui-ci est si foible qu'on n'ose en faire usage, plusieurs Accoucheurs pensent qu'il vaut mieux abandonner la délivrance au temps et aux soins de la nature, que de porter la main dans la matrice pour l'opérer. Ce conseil,

que nous sommes forcés de suivre quelquefois, seroit très-sage, si l'on n'avoit rien à craindre de la rétention du placenta : mais combien de femmes n'ont-elles pas été victimes des accidens qui paroissent inséparables de la putréfaction de ce corps (*voyez* §. 955), ou de sa présence seulement dans la matrice!

Conduite qu'il faut tenir en pareil cas.

946. Il faut introduire la main pour essayer au moins de délivrer la femme, et de la préserver de ces accidens. Ce précepte, avoué de la plupart des Praticiens, devient de la plus grande importance, quand la présence du placenta, déjà détaché dans quelque endroit, donne lieu à une perte abondante.

947. Il est toujours avantageux de conserver le cordon ombilical, soit qu'on se propose de délivrer la femme sur le champ, soit que, par prudence ou par nécessité, après quelques tentatives, on abandonne le placenta aux soins de la nature. Dans le premier cas, il servira au moins à diriger les doigts sur l'arrière-faix, et dans le second, à l'ébranler de temps à autre, et même à l'extraire lorsque les efforts de la nature en auront détruit les adhérences.

Précautions utiles en pareil cas.

948. Toutes les fois qu'on porte la main dans la matrice pour en détacher le placenta, on doit commencer par fixer ce viscère, au moyen de l'autre main placée sur l'hypogastre de la femme; sans cette précaution, on réussiroit difficilement, et ce ne seroit pas sans quelque risque de blesser la matrice.

Signes auxquels on reconnoît le

949. On rencontre aisément le placenta quand le cordon y tient encore, parce qu'il dirige les

doigts immédiatement dessus : mais on est en quelque sorte obligé de le rechercher quand ce cordon a été arraché. On ne le reconnoît alors qu'aux indices suivans : 1.° sa face interne est parsemée de rayons vasculaires très-apparens au tact ; 2.° la femme ne distingue pas la présence des doigts quand on le touche ; 3.° cette région de la matrice est plus molle, et présente une épaisseur du double, et même du triple des autres endroits, y compris celle du placenta qui y est attaché.

placenta, quand le cordon est arraché.

950. Comme il est très-rare que cette masse ne soit pas détachée en quelque lieu, au moment où l'on introduit la main dans la matrice, il faut tâcher de reconnoître cet endroit, afin d'en continuer le décollement en allant de ce point vers celui qui en est le plus éloigné. Lorsque c'est le bord inférieur, on insinue les doigts dessous, et on avance la main doucement entre ce corps et la matrice, comme il a été dit au §. 927. L'opération est plus facile quand c'est le bord supérieur qui s'est détaché comme spontanément ; on pince cette portion du bout de tous les doigts, et en retirant la main on détache le reste, et on entraîne cet arrière-faix.

De la manière de détacher le placenta, quand le cordon est rompu.

951. Lorsque le placenta n'est lié étroitement que par son bord, le milieu, s'étant détaché, vient comme de lui-même au-devant de la main qui opère, parce que cette portion est poussée par le sang qui s'épanche derrière elle, et qu'on augmente encore la saillie qu'elle forme en tirant sur le cordon. On la saisit aisément de l'extrémité de tous les doigts, et on retire la main, en tordant un peu pour rompre plus facilement les adhérences. Du reste, quand on ne réussit pas de cette ma-

nière, on fait en sorte de décoller une partie du bord du placenta, pour insinuer la main par-dessous : ou bien on perce ce corps avec le bout du doigt, à côté de la base du cordon, pour achever de le séparer de la matrice, en promenant ce même doigt par derrière. Ce procédé nous a parfaitement réussi dans un cas de l'espèce dont il s'agit, après avoir tenté inutilement de détacher le placenta d'une autre manière.

952. Ce n'est pas seulement lorsque l'arrière-faix est détaché dans son milieu et qu'il s'épanche du sang derrière cette portion, qu'il forme cette saillie dont on vient de parler; il en fait une semblable quand il est encore adhérent partout, si la matrice se contracte et diminue de capacité; mais elle est moins grande que dans le cas précédent. On doit procéder à la délivrance comme dans cette dernière circonstance : si ce n'est qu'il ne faut pas alors trouer le placenta dans son milieu, comme on le recommande à la fin du §. 951.

Précaution qu'il faut avoir avant d'extraire le placenta.

953. Avant de s'efforcer d'extraire le placenta, il faut bien observer de le détacher entièrement, surtout lorsqu'il est d'une nature fongueuse et facile à se déchirer, car la portion adhérente pourroit rester dans la matrice, et donner lieu aux mêmes accidens que si la totalité y étoit retenue.

Cas où il est prudent de laisser une portion ou la totalité du placenta.

954. Il y a des cas cependant où, bien loin de s'efforcer d'extraire tout le placenta, la prudence exige qu'on en laisse une portion aux soins de la nature. *Smellie* en offre un exemple dans son excellent ouvrage (1), où l'on voit qu'il aima mieux

(1) *Smellie*, tom. III, pag. 135.

suivre ce parti, que de courir le risque de déchirer la matrice en voulant en détacher une portion de placenta, qui lui parut squirreuse. Nous avons rencontré la même chose deux fois; et dans l'un de ces cas, la portion d'arrière-faix que nous avons laissée dans la matrice, avec connoissance de cause, n'en fut expulsée que six semaines après: elle étoit alors de la grosseur d'une noix, et assez desséchée pour qu'on pût la déchirer sans se mouiller les doigts.

955. Si les adhérences du placenta étoient partout assez étroites pour qu'il ne formât en quelque sorte qu'un seul et même corps avec la matrice, il faudroit se conduire comme l'a fait *Smellie*, à l'occasion de la portion qui lui parut identifiée avec la substance de ce viscère, et comme nous l'avons fait nous-mêmes; c'est-à-dire, qu'il faudroit abandonner, pour un temps, la délivrance aux efforts de la nature. L'union du placenta se relâchera et se détruira, et il viendra s'offrir comme de lui-même à la main de l'Accoucheur.

Accidens que peut produire la rétention du placenta.

956. Il ne faut cependant pas se dissimuler combien les suites de cette circonstance, heureusement très-rare, peuvent être fâcheuses, surtout si l'on n'y apporte pas la plus grande attention. La putréfaction du placenta, presque toujours inséparable de sa longue rétention dans la matrice, peut devenir la source d'une multitude d'accideus, parmi lesquels la fétidité des lochies, la suffocation utérine, les syncopes, la fièvre lente, l'insomnie, sont les plus légers.

957. On s'est plus occupé jusqu'ici de provoquer l'expulsion du placenta, qu'à prévenir ou à mo-

dérer les effets de sa rétention, sans se mettre en peine de savoir si la nature étoit disposée à s'en délivrer, et s'il n'y avait pas beaucoup plus d'inconvéniens à l'extraire ou à en provoquer la sortie, qu'à le laisser. De tous les remèdes auxquels l'empirisme, plutôt que la saine médecine, attribue les vertus de procurer l'expulsion de l'arrière-faix, il n'en est pas de plus dangereux que la plupart de ceux qui sont connus sous le nom d'*Emménagogues*. Ils enflamment la masse du sang, loin de calmer le mouvement déréglé dont il n'est alors que trop souvent agité, etc.

Remèdes qu'on doit employer, quand le placenta n'a pu être extrait.

958. Les antiphlogistiques et les antiseptiques doivent être employés de préférence, selon les circonstances. On retire de grands avantages des injections émollientes, détersives ou antiputrides, répétées plusieurs fois le jour. Elles relâchent les adhérences du placenta, elles entraînent les matières putrides qui en découlent, et préviennent les accidens qui pourroient être l'effet de leur résorption.

959. On doit alors toucher la femme de temps en temps, pour examiner si le placenta n'est pas détaché, pour saisir le premier instant favorable à son extraction, et l'opérer, soit en tirant sur le cordon, si on l'a conservé, soit en portant la main dans le vagin, si l'on ne peut faire autrement, afin qu'il n'altère pas plus long-temps les lochies, qu'il ne les retienne pas dans la matrice en bouchant l'orifice, et que le calme se rétablisse plus promptement.

SECTION VI.

De la rétention d'une portion de placenta et des caillots de sang dans la matrice; des précautions qu'il faut prendre en pareil cas.

De la rétention d'une portion de placenta, ou de quelques caillots de sang.

960. L'extraction d'une portion de placenta, ou d'un caillot qui s'est formé dans la matrice, doit faire partie de la délivrance; puisque la présence de pareils corps étrangers peut produire les mêmes accidens que la rétention de la totalité de cet arrière-faix. Nous observerons que ce n'est pas toujours du placenta même que se détachent ces portions qui restent dans la matrice, et que quelquefois ces portions d'arrière-faix sont des espèces de cotylédons, des petites masses distinctes de la masse principale, et qui formoient comme autant d'îles sur les membranes : ce qui les rend bien plus difficiles à reconnoître. (*Voyez* §. 488.)

Des signes que le placenta n'est pas entier.

961. On s'assure qu'un lambeau du placenta même est resté dans la matrice, en ramassant et en rapprochant tout ce qui en est sorti : mais on ne reconnoît bien l'existence des cotylédons, ou des petites masses dont on vient de faire mention, qu'en introduisant la main dans ce viscère. La déchirure du placenta avec perte de substance, annonce la présence du premier, et on peut aller le rechercher aussitôt ; au lieu que les traces que laissent les autres sur les membranes, sont équivoques et en font au plus soupçonner l'existence.

Accidens qui peuvent

962. La rétention de ces portions de placenta n'est inquiétante qu'autant qu'elles deviennent la

résulter de la rétention d'une portion du placenta.

cause de quelques accidens, dont le plus à craindre est l'hémorrhagie; tantôt elle s'annonce dès les premiers instans qui suivent l'accouchement, tantôt elle ne paroît que plus tard : je l'ai vu ne commencer que le dixième jour des couches. Toutes les fois qu'elle est abondante, comme elle l'étoit dans ce cas, elle exige qu'on porte la main dans la matrice pour en extraire le corps étranger, à moins que cette main ne puisse y pénétrer.

963. Lorsqu'il n'existe d'autres accidens que ceux qui sont la suite de la fonte putride de la portion de placenta retenue, il faut avoir recours aux injections et aux remèdes indiqués au §. 958, et les varier selon les circonstances.

Conduite que doit tenir l'Accoucheur dans ce cas.

964. Si on reconnoissoit l'existence de ces portions d'arrière-faix au moment de la délivrance même, il vaudroit mieux sans doute les extraire aussitôt, et prévenir ainsi les accidens dont on vient de parler, que d'attendre ces accidens pour agir. Quand on n'est appelé qu'à l'occasion de ceux-ci, il faudroit qu'ils fussent bien graves, pour déterminer l'Accoucheur à porter la main dans la matrice, et aller de suite à la recherche de ces portions de placenta, dont rien ne lui dénote alors bien positivement l'existence, s'il n'a plus sous les yeux ce qui a été extrait dans les premiers momens. D'ailleurs on ne peut toujours pénétrer aussi tard dans ce viscère, et quelle que soit la gravité de ces accidens, il faut s'en tenir aux remèdes indiqués §. 958, en attendant que la nature se délivre seule de ces corps étrangers.

965. Lorsque les circonstances exigent qu'on aille à la recherche de ces portions de placenta, et

qu'on en fasse l'extraction, l'Accoucheur ne doit pas craindre de rencontrer sous les doigts, et de déchirer ces prétendues productions utérines que quelques-uns ont comparées à des crêtes et désignées sous ce nom, parce qu'on ne trouve rien de semblable : leur sensibilité les feroit aisément distinguer des premières, si elles existoient. On ne pourroit se tromper qu'autant qu'il y auroit un polype, comme nous en avons trouvé chez plusieurs femmes, et surtout chez une qui perdoit encore du sang abondamment au dix-huitième jour de ses couches : mais il est aussi facile de distinguer un polype d'une portion de placenta, qu'il le seroit de distinguer celle-ci de ces crêtes dont on vient de parler, et de la tumeur formée par le renversement partiel de la matrice même.

Section VII.

De la délivrance dans le cas où le placenta est chatonné.

Du placenta enkisté.

966. On appelle placenta enkisté, ou chatonné, celui qui est renfermé dans une cellule faisant partie de la cavité de la matrice, et qui en paroît néanmoins quelquefois aussi distincte que celle du corps de ce viscère l'est de la cavité du col dans l'état naturel.

967. Cette espèce de chatonnement n'est pas une découverte bien nouvelle. On en trouve des exemples dans l'ouvrage de *Peu* : mais cet Auteur n'en a pas connu la véritable cause, puisqu'il regardoit ce chatonnement comme l'effet de la mauvaise

conformation primordiale de la matrice, qu'il croyoit alors divisée en deux cavités. Parmi ceux qui ont parlé de cette espèce de chaton, les uns l'ont attribué, comme on le voit, à la structure même de la matrice, tandis que les autres le font dépendre de sa contraction spasmodique et irrégulière. Ceux-ci ont pensé que le placenta ne se chatonnoit que lorsqu'il étoit attaché aux parties latérales de la matrice, et ceux-là, quand il en occupoit le fond. Ce dernier sentiment nous paroît plus conforme à l'expérience et aux notions que nous avons de la structure et des fonctions de la matrice.

Mécanisme de la formation du chaton qui renferme le placenta.

968. Les fibres de cet organe sont tellement disposées, que sa cavité en se resserrant conserve toujours la forme du corps qu'elle renferme. Avant l'écoulement des eaux de l'amnios, cette cavité a une sorte de régularité qu'elle perd en général d'autant plus que l'enfant y séjourne plus de temps après l'évacuation complète de ce fluide. Alors elle se resserre davantage à l'endroit du col de cet enfant que sur la tête et le tronc qui offrent plus de volume; elle prend la forme d'une grosse courge ou calebasse à deux ventres, comme on l'observe toutes les fois qu'on est obligé de retourner l'enfant long-temps après l'évacuation des eaux, surtout lorsqu'il présente la tête.

969. Le cercle utérin appliqué sur le col de cet enfant, d'après les lois générales de la contraction de la matrice sur elle-même, doit se rétrécir beaucoup plus vite, l'accouchement étant terminé, que ne le font proportionnellement les autres cercles dont se compose toute la cavité; parce qu'il est

déjà plus étroit, que sa dilatation forcée à l'instant de la sortie du tronc de l'enfant n'a été que momentanée, et que d'ailleurs il a plus de tendance à se resserrer que n'en ont les autres cercles, étant celui qui constitue l'orifice interne de la matrice dans l'état habituel. Or, les deux poches dont nous venons de parler, savoir celle du corps et celle du col de la matrice, seront d'autant plus distinctes après la sortie de l'enfant, que ce premier cercle deviendra plus étroit et se resserrera plus fortement.

970. Lorsque la cavité de la matrice est ainsi partagée, le placenta se trouve tantôt dans l'une de ces poches, et tantôt dans l'autre; ou bien chacune d'elles en renferme une partie, selon le lieu où il est attaché. De là un placenta complètement chatonné, ou qui ne l'est qu'à demi : ce qui ne présente rien de bien extraordinaire.

971. *Levret*, qui a parlé du chatonnement de l'arrière-faix, en a eu une idée bien différente. Il pensoit que la cellule qui le renfermoit, quoique formée aux dépens de la cavité de la matrice, ne pouvoit être prise, ni pour celle du corps, ni pour celle du col de ce viscère : de sorte qu'en supposant l'orifice interne resserré comme nous l'annonçons au paragraphe précédent, il y auroit alors trois cavités ou cellules, au lieu de deux. Il ne s'est encore présenté aucun cas de cette espèce dans le cours de notre pratique; plusieurs Accoucheurs, également employés, nous ont assuré ne l'avoir jamais observé; et *Levret* lui-même n'en rapporte qu'un seul exemple qui lui soit propre : ce qui prouve que ce cas est aussi rare que l'explication

en devient difficile. La Sage-femme qui fit appeler ce célèbre Accoucheur, avoit essayé de délivrer la femme ; ayant arraché le cordon ombilical, elle porta la main dans la matrice, et y trouva au côté droit une sorte d'ouverture qui lui fit croire que ce viscère s'étoit déchiré, et que l'arrière-faix avoit pénétré dans le bas-ventre. Cette ouverture, que *Levret* reconnut de même, étoit, ajoute-t-il, exactement ronde, du diamètre de deux pouces, et de niveau avec la surface interne de la matrice. C'étoit l'entrée d'une poche qui renfermoit le placenta, qui s'étoit formée accidentellement après la sortie de l'enfant, et qui s'effaça insensiblement après celle de l'arrière-faix ; comme il s'en assura, en reportant la main jusqu'à trois fois dans le sein de la femme (1).

972. Quelques Auteurs ont fait mention de quelques cas où le placenta étoit seulement comme encadré dans l'épaisseur des parois de la matrice : c'est-à-dire, que le chaton qui le contenoit avoit peu de profondeur, que son ouverture étoit très-large, et que le bord de celui-ci n'en recouvroit seulement qu'une petite partie : mais il faut prendre garde de se laisser tromper par de fausses apparences (2).

873. Quelle que soit la manière dont le placenta s'est chatonné, la délivrance ne laisse pas le plus

---

(1) Suite des Observations sur la cause des Accouchemens laborieux, quatrième édition, page 129. Observation XXVII.

(2) *Leroux*, Observations sur les pertes de sang, etc., pag. 136, Obs. LIII.

souvent de s'opérer à l'ordinaire; elle est seulement alors un peu plus difficile, parce que la nature, indépendamment de la résistance que lui oppose le col de la matrice, a de plus à vaincre celle de l'entrée du chaton.

De la manière d'opérer la délivrance, lorsque le placenta est enkisté.

974. Si l'on ne pouvoit l'opérer en tirant méthodiquement sur le cordon ombilical, pendant qu'on sollicite d'ailleurs l'action expultrice de la matrice, il faudroit avancer la main à l'entrée du chaton, la dilater convenablement, détacher le placenta et l'extraire, comme il est dit ci-devant; soit qu'on puisse faire usage du cordon ombilical ou non.

975. Si le chaton étoit de l'espèce dont parle le célèbre *Levret*, il seroit utile peut-être de reporter la main dans la matrice, immédiatement après la sortie du placenta, pour la vider des caillots qui pourroient s'y être formés, ou pour la faire contracter de manière que les deux poches se réduisissent en une seule. On obtiendroit ce dernier avantage en tenant la main, ou plusieurs doigts seulement, dans l'espèce de gorge qui divisoit la cavité, jusqu'à ce que la portion qui est au-dessus, ou qui forme le chaton, se soit resserrée ou effacée.

Section VIII.

De la délivrance dans le cas où le placenta est attaché sur le col de la matrice.

De l'adhérence du placenta au col de la matrice.

976. L'on ne craint plus aujourd'hui, comme dans le temps où vivoit *Deventer*, d'être taxé d'avancer un paradoxe en publiant que le placenta

s'attache quelquefois sur le col de la matrice et en recouvre l'orifice, puisque tous les Praticiens conviennent de la possibilité de ce fait, et qu'il n'en est aucun qui ne l'ait observé plusieurs fois.

Accident inséparable de la situation du placenta sur le col de la matrice.

977. Dans tous les autres cas, la grossesse peut parcourir ses différens temps sans être troublée par l'hémorrhagie ; mais dans celui dont il s'agit, une perte plus ou moins abondante a toujours lieu avant l'accouchement, et s'annonce plus tôt ou plus tard, selon les circonstances. Tantôt elle se déclare dès le sixième mois, quelquefois dans le courant du neuvième seulement, même aux approches du terme de l'accouchement ; mais le plus souvent c'est du septième au huitième mois. Elle est peu inquiétante, et peut s'arrêter par les remèdes ordinaires, lorsqu'elle commence de bonne heure ; mais elle ne tarde pas à reparoître, et elle devient d'autant plus abondante, que la grossesse se rapproche davantage de son terme ; de sorte qu'elle ne l'est jamais plus que dans le cours du travail de l'accouchement.

Signes auxquels on reconnoît que le placenta est sur le col de la matrice.

978. L'on ne peut reconnoître si l'orifice de la matrice est le siége du placenta, qu'en y portant le doigt. Au lieu de membranes très-lisses, comme dans l'état ordinaire, on y trouve alors une substance molle et fongueuse : tout autre signe est incertain et on ne peut plus équivoque. Mais ces recherches doivent être faites avec les plus grands ménagemens, pour ne pas devenir nuisibles, le doigt pouvant détacher un caillot salutaire, qui s'opposoit à l'écoulement du sang, ou qui modéroit au moins l'hémorrhagie.

Conduite

979. Comme le choix des moyens qui convien-

nent le mieux dans le cas dont il s'agit, dépend moins du lieu où est situé le placenta, que de l'intensité de l'hémorrhagie qui provient de son décollement, l'on devroit peu se mettre en peine du siége qu'il occupe dans les premiers temps de la perte, et les recherches dont nous venons de parler ne serviroient au plus qu'au pronostic sur la durée ou les retours inévitables de l'accident.

qu'on doit tenir dans ce cas.

980. Quand la perte est légère ou peu abondante, on prescrit à la femme le repos le plus exact; on lui fait garder le plus long-temps possible la situation horizontale; on la saigne du bras, si les circonstances l'exigent, c'est-à-dire, lorsqu'il y a plénitude des vaisseaux; on ne lui donne que des boissons tempérantes et incrassantes, et des alimens de même nature. Si la perte continue malgré ces précautions, et devient plus considérable, on applique sur le ventre, des linges trempés dans l'eau froide et le vinaigre; on introduit dans le vagin et le col de la matrice même, s'il est assez entr'ouvert, une espèce de bouchon ou de pessaire, fait de filasse bien fine, de charpie imbibée de la même liqueur, d'agaric ou d'amadou. Quand l'hémorrhagie résiste à tous ces moyens et fait craindre pour les jours de la femme, on excite les douleurs de l'accouchement, et on l'opère.

981. Si cette dernière ressource est salutaire à la femme et assure sa conservation, on ne doit pas se dissimuler combien elle est dangereuse pour l'enfant, qui court d'autant plus de risque dans ce cas, qu'il est alors plus éloigné du terme de sa maturité, et que le col de la matrice est naturellement moins disposé à lui donner issue. Mais de deux écueils

fâcheux, il faut éviter celui qui l'est davantage : si l'enfant est exposé par cet accouchement prématuré, sa perte est inévitable si l'on ne prend ce parti, et celle de la femme ne l'est pas moins. Il ne faut pas même le différer trop long-temps, dans l'espoir qu'il surviendra des douleurs, que le travail s'établira naturellement, ou que le délai d'une heure fera naître des dispositions plus favorables : car cet espoir est perfide, et un instant décide souvent du sort de deux individus ou d'un seul, qu'on auroit pu conserver, en y mettant plus de célérité et moins de timidité.

982. Puisqu'il faut avoir recours alors à l'accouchement, on doit l'opérer le plus sûrement et le plus doucement possible. La méthode de *Puzos* (1) ne peut avoir, dans le cas dont il s'agit, les avantages réels qu'on lui a généralement reconnus dans tous ceux où la source de l'hémorrhagie est plus éloignée. La perte, dans ce dernier cas, s'arrête ou diminue après l'évacuation des eaux, en raison de la force des douleurs ou des contractions de la matrice, et du moindre volume de ce viscère après l'écoulement de ces eaux : de sorte que l'accouchement peut quelquefois s'opérer naturellement, et sans autre danger pour la femme. Mais quand le placenta est attaché sur le col de la matrice, si l'hémorrhagie se suspend pour un instant, elle re-

(1) *Puzos* conseilloit, dans le cas d'hémorrhagie abondante, d'exciter les douleurs de l'enfantement en dilatant le col de la matrice et en ouvrant les membranes. (*Voyez* son excellent Mémoire sur les pertes de sang, à la fin de son ouvrage sur *l'Art des Accouchemens.*)

paroît ensuite et devient d'autant plus abondante, que l'orifice se dilate davantage, et que la force du travail augmente. Nous n'avons rencontré qu'un seul cas où la perte se fût arrêtée complètement après l'écoulement des eaux, sur trente au moins dans lesquels le placenta étoit attaché au col de la matrice ; mais ce cas, qui n'est qu'une exception, ne peut faire loi (1).

983. Si l'on se déterminoit à procurer l'écoulement des eaux de l'amnios avant que l'état du col de la matrice ne permît d'opérer l'accouchement, dans la circonstance dont il s'agit, et s'il pouvoit en résulter autant de bien que dans les autres cas de perte, il seroit peut-être plus avantageux de leur donner issue en conduisant un trocar à travers le placenta, que de trouer celui-ci avec le doigt : ce qui ne peut se faire qu'avec peine, et sans en détacher une plus grande étendue : mais nous sommes éloigné de le proposer même avec cet instrument, tant parce que son application peut avoir des inconvéniens, que parce que l'écoule-

(1) Une Sage-femme avoit extrait le placenta depuis quelques heures, lorsque je fus appelé, et n'avoit pu retourner l'enfant, dont le bras s'étoit engagé au-dessous de la tête. La matrice, irritée par les manœuvres de cette Sage-femme, étoit fortement contractée sur l'enfant, et ne versoit au plus que quelques gouttes de sang. Etonné, après la sortie de l'enfant, de voir le cordon rompu près de l'ombilic, et plus surpris encore de ne pas trouver l'arrière-faix dans la matrice, je ne sus que dans ce moment qu'on l'avoit extrait long-temps avant mon arrivée, et caché avec soin.

ment des eaux ne sauroit être alors d'aucune utilité.

Manière de procéder à l'accouchement.

984. Quand l'orifice de la matrice est disposé convenablement à l'accouchement, on en détache le placenta d'un côté, et autant qu'on peut le reconnoître, vers celui où son bord se rapproche le plus de l'orifice. On déchire les membranes auprès de cette masse, et on plonge sa main dans leur cavité pour aller prendre les pieds de l'enfant et l'extraire comme dans les cas ordinaires.

985. Quelques Praticiens préfèrent de percer le placenta dans le milieu et de passer la main à travers pour retourner l'enfant ; mais ce procédé est plus difficile et moins sûr que celui que nous proposons. On expose presque toujours le délivre à un décollement entier en agissant ainsi ; on déchire quelques-unes des principales racines artérielles et veineuses du cordon ombilical, et l'enfant étant obligé de descendre à travers ce placenta, ne manque guère de l'entraîner avec les épaules : ce qui augmente les difficultés, en ajoutant le volume de cette masse à celui des épaules même, et fait naître d'ailleurs quelques inconvéniens de plus.

La femme peut accoucher seule, quoique le placenta se présente le premier.

986. La femme livrée à elle-même ou qui ne peut se procurer aucun secours, n'est pas toujours absolument sans ressources quand le placenta est attaché sur le col de la matrice. Cette masse, en quelques cas, peut s'en séparer et s'en éloigner assez, d'un côté, pour que les membranes se présentent à nu, quand l'orifice est dans sa plus grande dilatation. Ces membranes alors peuvent se déchirer spontanément, et l'accouchement s'opérer naturellement, si la femme conserve assez de

force, malgré le sang qu'elle a répandu, comme il s'en trouve des exemples : mais ce n'est que dans le cas où le bord du placenta seulement est près de l'orifice de la matrice.

987. Les choses ne se passent jamais de cette manière lorsque le centre du placenta répond au milieu de cet orifice, parce que celui-ci ne peut s'élargir assez pour que le bord de cette masse le quitte d'un côté, et que les membranes viennent s'y ouvrir. Le placenta se détache alors circulairement; il est poussé jusqu'à la vulve par la tête de l'enfant, et la précède dans sa sortie.

988. Si l'on n'étoit appelé que dans ce moment, après avoir détaché cette masse d'un côté, et ouvert les membranes, il vaudroit mieux se servir du forceps, si on l'avoit sous la main, que de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds. Mais au défaut de cet instrument, on prendra ce dernier parti, quoique la tête soit aussi engagée : car il n'est pas alors toujours impossible de la repousser, de retourner l'enfant, et d'en dégager les pieds. (*Voyez* §. 1291 et suiv.)

989. Lorsque le placenta conserve encore une partie de ses adhéreuces après la sortie de l'enfant, on attend, pour l'extraire, que l'action de la matrice les ait détruites; à moins que la persévérance, ou le renouvellement de l'hémorrhagie, n'oblige de délivrer la femme plus tôt. Dans tous ces cas, comme dans celui où le placenta est attaché dans le voisinage de l'orifice seulement, il est rare qu'on entraîne la totalité des membranes, si l'on n'y apporte pas la plus grande attention, parce que s'étant déchirées au bord de cette masse, elles s'en déta-

chent circulairement, pour peu que résistent leurs propres adhérences à la matrice. Il faut y donner tous ses soins, pour qu'elles ne restent pas en arrière, que leur séjour dans la matrice ne devienne pas la cause de quelques accidens, et qu'on n'en prenne pas occasion de taxer l'Accoucheur d'inattention, en les voyant sortir quelque temps après sous la forme d'une portion de délivre. Pour en extraire la totalité, on les saisit auprès du placenta dès qu'il est sorti, et on tire dessus avec ménagement, les roulant sous forme de corde, tandis que de l'autre main on sollicite la matrice à les expulser, en faisant des frictions sur la région hypogastrique.

Section IX.

De la délivrance à la suite de l'avortement.

990. S'il y a des cas où l'on puisse être forcé de commettre la délivrance aux soins de la nature, et d'avouer l'impuissance de l'art à ce sujet, ils ne sont jamais plus fréquens qu'à la suite de l'avortement, puisque nous n'avons, pour l'opérer alors, presque aucune des ressources que nous laisse l'accouchement à terme.

De la difficulté qu'on rencontre à délivrer après l'avortement.

991. Les difficultés de la délivrance croissent, en général, dans ces sortes de cas, en raison inverse du terme de la grossesse: elles sont d'autant plus grandes, que celle-ci est moins avancée, et elles diminuent à proportion que l'avortement se rapproche du neuvième mois.

992. Avant le troisième mois, la nature trouve moins d'obstacles à se débarrasser de la totalité du

produit de la conception en masse, qu'à expulser les eaux et le fœtus d'abord, puis ensuite le délivre séparément : mais on observe le contraire après ce terme. L'expérience apprend de plus qu'il est rare que la femme ne se délivre pas de cette manière, quand l'Accoucheur a le soin de ne pas troubler le travail de la nature, en cherchant à l'aider; qu'il est aussi rare de voir le fœtus précéder la sortie de ses enveloppes dans les avortemens qui se font avant le troisième mois, que de le voir sortir renfermé dans celles-ci après le quatrième mois.

De ce qu'il faut observer dans ce cas, pour favoriser la délivrance.

993. D'après cette marche naturelle, on voit qu'il ne convient pas d'ouvrir la poche des eaux à dessein d'abréger la durée du travail de l'avortement, quelque lent et pénible qu'il soit, lorsqu'il se fait avant le troisième mois de la grossesse; comme on peut le faire après cette époque, si les membranes ne se déchirent pas d'elles-mêmes, quand la dilatation de l'orifice de la matrice est suffisante pour donner issue au fœtus et au délivre.

994. Si cette poche vient à s'ouvrir spontanément ou autrement, dans le premier cas ou avant que cet orifice soit assez ouvert pour donner issue au corps ovoïde en entier, elle se décharge des eaux, et du fœtus encore très-petit; elle s'affaisse ensuite sur elle-même, et ne peut être expulsée que par un travail beaucoup plus long, plus irrégulier dans sa marche, et souvent retardé de plusieurs jours; parce que la matrice, à l'instant de cette évacuation, perd une partie de sa sensibilité et de l'irritabilité qu'elle avoit acquises dans ce prélude douloureux de l'avortement, et qui devenoient

nécessaires aux progrès ultérieurs de ses contractions, et que d'ailleurs son orifice se resserre pendant le repos qu'elle éprouve.

995. Si l'on étoit auprès de la femme dans le moment où la poche des eaux vient à s'ouvrir aussi prématurément, il faudroit introduire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice, s'il étoit assez grand, 1.° afin d'entretenir cette sensibilité, cette irritabilité si nécessaire aux progrès de l'action expulsive de la matrice; 2°. pour empêcher cet orifice de se contracter sur lui-même, et favoriser sa dilatation ultérieure jusqu'à ce qu'elle suffise pour la délivrance, qui peut alors s'opérer sans autre précaution et en très-peu de temps: mais il faut attendre patiemment, lorsqu'on n'est appelé qu'après l'issue des eaux, à moins que la perte ne contraigne d'agir.

996. Comment pourroit-on délivrer la femme dans ce dernier cas? Le cordon ombilical, entraîné par le fœtus, a été arraché; et il est d'ailleurs si grêle, qu'il ne pourroit servir à l'extraction du placenta. Les parties externes de la femme et l'entrée du vagin sont encore si étroites, que la main ne sauroit y pénétrer qu'avec force, et en excitant beaucoup de douleur; le col de la matrice, à peine dilaté, n'admet au plus qu'un seul doigt, qui ne fera que refouler vers le fond de ce viscère, la portion de placenta qui auroit pu s'y engager, loin de servir à extraire cette masse.

Ce qu'il faut faire quand il y a perte, après la sortie du fœtus avorté.

997. Quand toutes les choses sont dans un état aussi peu favorable à la délivrance, si la perte n'est pas abondante, l'Accoucheur doit se borner à solliciter vivement l'action de la matrice, et à la

faire contracter avec assez d'énergie pour achever de détacher et d'expulser le placenta. De cette manière, souvent il obtiendra de la nature, en moins d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, ce qu'il n'auroit pu obtenir autrement qu'avec beaucoup plus de peine et de temps.

998. Lorsqu'une portion du placenta se sera engagée dans le col de la matrice, au point de faire un peu de saillie du côté du vagin, on pourra la saisir ou la pincer au moyen de deux doigts, pour ébranler et entraîner le reste : mais il faudra cependant en user avec ménagement, crainte de la déchirer; ce qui ne pourroit encore que retarder la délivrance entière. C'est aussi dans ce moment que la pince à faux germe de *Levret* conviendroit le mieux, si elle pouvoit être utile en quelques cas; car elle ne peut l'être en aucune manière, quand le petit placenta est encore chatonné dans la matrice; à moins qu'on ne veuille s'en servir alors pour dilater le col de ce viscère, et le préparer à l'issue de l'arrière-faix.

999. Si l'on peut temporiser de cette manière, ou s'en tenir à ces foibles secours, quand la perte est médiocre, il faut agir bien différemment lorsqu'elle est assez considérable pour mettre la femme en danger. Si l'on ne peut extraire le placenta sur-le-champ, il faut opposer au sang une digue assez forte pour l'empêcher de couler; donner lieu par ce moyen à la formation d'un caillot qui ferme, en remplissant exactement la cavité de la matrice, la bouche des vaisseaux béans qui versent ce fluide. On introduit, à cet effet, un morceau d'agaric ou d'amadou dans le col de la matrice même, si on

le peut, ou bien de la filasse très-fine, de la charpie brute, trempée dans l'eau et le vinaigre; on en remplit parfaitement le vagin; on a soin de soutenir et d'appuyer ce tampon convenablement, jusqu'à ce que la matrice, irritée par sa présence, par celle du caillot et de l'arrière-faix, se contracte avec assez de force pour expulser le tout.

1000. Ce moyen, dont l'expérience a plus d'une fois constaté l'utilité dans le cas d'avortement comme dans celui de perte ancienne ou habituelle, pourroit avoir des suites fâcheuses si on l'employoit sans autre précaution, après un accouchement à terme, parce qu'il pourroit se former alors un épanchement intérieur capable de faire périr la femme, ainsi qu'on le remarque dans l'une des observations de *la Motte* (1) : la cavité de la matrice étant encore trop vaste alors, et ses parois offrant trop peu de résistance à l'abord du sang. Si l'on étoit obligé de tamponner le vagin dans ce dernier cas, comme nous l'avons fait avec succès, il faudroit s'opposer au développement de la matrice en appuyant d'une main sur la région hypogastrique, en embrassant pour ainsi de tous les doigts le corps de cet organe, en l'irritant et en l'agaçant fortement, tandis que de l'autre main on soutiendroit et on appuieroit le tampon, s'il le falloit, pour l'empêcher de sortir.

1001. Quand le placenta du fœtus abortif, qu'on ne peut extraire, se putréfie dans la matrice et produit quelques-uns des accidens énoncés au §. 956,

(1) Observation 386, nouvelle édition.

il faut avoir recours aux injections prescrites au §. 958 : mais s'il ne survient rien de semblable, l'on ne doit pas se mettre en peine de ce corps étranger ; des femmes s'en étant délivrées portion par portion ; d'autres l'ayant conservé pendant plusieurs mois sans en être nullement incommodées, et rendu comme desséché après ce temps.

Section X.

De la délivrance à la suite de l'Accouchement de plusieurs enfans.

De la délivrance dans les cas de jumeaux.

1002. Les rapports qu'ont presque toujours les jumeaux, au moyen de leurs enveloppes, annoncent de quelle conséquence il est de n'entreprendre de délivrer la femme qu'après la sortie du dernier; quoique la pratique contraire semble être autorisée par quelques observations.

1003. Chaque jumeau ayant quelquefois ses enveloppes bien distinctes, les membranes de l'un n'étant qu'adossées seulement et liées par un tissu cellulaire très-fin à celles de l'autre, et les arrière-faix n'ayant pas d'autres rapports entre eux, il semble, en effet, qu'on pourroit sans inconvéniens extraire un de ceux-ci aussitôt après la sortie du premier enfant ; en faire autant à l'égard du second, et même du troisième, s'il en existoit plus de deux : mais ces rapports n'étant pas ceux qu'on voit le plus souvent, comment s'assurer qu'ils sont tels, ou les reconnoître avant de procéder à l'extraction du premier arrière-faix ? Comme aucuns signes ne peuvent nous éclairer sur ce point, comme

il arrive bien plus souvent qu'il n'y a qu'un placenta pour les jumeaux, ou ce qui est plus exact, que les deux masses sont tellement liées ensemble qu'elles paroissent confondues, il ne faut jamais essayer de délivrer la femme qu'après la sortie du dernier des jumeaux, parce qu'on ne pourroit extraire l'une de ces masses sans courir le risque de détacher l'autre en même temps, ce qui deviendroit dangereux également pour la mère et pour le second enfant. Nous en excepterons le cas cependant où l'arrière-faix du premier enfant vient se présenter comme de lui-même sous la main de l'Accoucheur.

Temps où l'on doit alors opérer la délivrance.

1004. Puisqu'on ne doit opérer la délivrance qu'après la sortie du dernier enfant, excepté le cas où la nature nous met sur la voie d'agir autrement, en poussant elle-même à l'entrée du vagin le placenta du premier, il ne paroîtra peut-être pas inutile, en attendant, de lier le cordon qui descend de cet arrière-faix, comme quelques-uns l'ont recommandé; quoiqu'il n'en découle pas ordinairement beaucoup de sang (1): mais il faudra le délier au moment de la délivrance, pour laisser dégorger un peu cet arrière-faix commun, et favoriser sa sortie.

1005. On tirera d'abord sur les deux cordons, en se conduisant comme s'il n'y avoit eu qu'un seul enfant. Si le placenta, toujours plus volumineux que dans ce dernier cas, ne descendoit pas

(1) Il ne s'en est pas évacué une once pendant l'espace de trois heures, que ce cordon est resté sous nos yeux sans être lié.

à l'aide de ces efforts, l'on n'agiroit que sur l'un de ces cordons, afin de faire passer les deux masses l'une après l'autre, et si l'on y rencontroit encore les mêmes difficultés, on iroit accrocher le bord de cet arrière-faix, au moyen de deux doigts introduits dans le col de la matrice.

ARTICLE II.

Du Régime des femmes en couches.

Section première.

Des soins qui sont utiles immédiatement après la délivrance, et pendant le temps que la femme doit rester sur le petit lit.

Précautions à observer après la délivrance.

1006. Aussitôt que la femme est délivrée, que cette opération se soit faite spontanément ou non, l'Accoucheur doit s'assurer, par le toucher, si le placenta n'a pas entraîné et renversé le fond de la matrice, ou bien si ce viscère en entier n'est pas trop descendu, afin de le relever, dans ce dernier cas, et de réduire sur-le-champ, dans l'autre, la partie qui s'est renversée.

1007. Quand le tout est dans l'ordre naturel, on fait quelques frictions avec la main sur le globe utérin qui occupe la région hypogastrique; on les réitère de temps en temps, pour exciter et soutenir le ressort ou l'action tonique de la matrice, pour favoriser son dégorgement, et prévenir la formation des caillots qui deviennent souvent la source de plusieurs accidens.

1008. La femme devant rester quelque temps

sur le petit lit où elle est accouchée, soit pour s'y reposer un peu, soit parce qu'il seroit imprudent et même dangereux de la remuer et de la changer de suite, lorsque l'accouchement a été précédé ou suivi d'hémorrhagie, de syncopes, ou de tout autre accident, de même que quand on a lieu de craindre quelque chose de semblable : mais il faut qu'elle y soit proprement et sèchement, ce qu'on obtient en substituant des linges secs à ceux qui sont mouillés.

1009. On la tient couchée horizontalement, autant que cela se peut, dans les premiers momens; on lui fait rapprocher et alonger les cuisses et les jambes; on la couvre plus ou moins pour la défendre du froid, et on lui prescrit le silence et le repos le plus exact.

1010. Il n'est pas moins nécessaire dans ces premiers instans, de modérer les mouvemens de l'âme que ceux du corps; tout ce qui l'affecte vivement pouvant alors avoir des suites fâcheuses, comme l'expérience ne le prouve que trop souvent. Combien de femmes, en effet, n'ont-elles pas été victimes d'un accès de joie, de crainte, de colère immodérée, ou de toute autre passion semblable, un instant après l'accouchement?

1011. Lorsque la femme est altérée, on lui donne l'une de ces boissons dont il est parlé au §. 789; on lui accorde de même une tasse de bouillon si elle en a besoin. Il faut proscrire entièrement l'usage des liqueurs spiritueuses et des breuvages échauffans, qu'on fait prendre indiscrètement, surtout aux femmes du peuple, à dessein de les réchauffer, ou dans la vue de prévenir les tranchées utérines.

1012. Le premier moment est aussi celui où chaque voisine, chaque amie, vient offrir sa petite formule contre ces tranchées, souvent, il faut l'avouer, plus à charge que les douleurs de l'enfantement même. Indépendamment de ce que ces prétendus remèdes ne peuvent prévenir de semblables douleurs, il en est dans le nombre, qui pourroient être nuisibles. Sans en approuver aucun, si l'Accoucheur est quelquefois obligé d'en permettre l'usage, pour tranquilliser l'esprit de l'accouchée, et ne point encourir la disgrâce des femmes qui les proposent, sa complaisance, à cet égard, ne doit s'étendre que sur ceux qui, par leur nature ou par leur dose, sont incapables de toute action malfaisante.

Des remèdes que bien des gens proposent pour prévenir les tranchées.

1013. Ces douleurs, aussi peu ordinaires après le premier accouchement que communes à la suite des autres, peuvent dépendre de plusieurs causes qui exigent des remèdes différens : tantôt elles sont produites par l'engorgement des parois de la matrice, et tantôt, mais bien plus rarement, par la présence d'un caillot ou d'un lambeau de placenta qui ne peut être expulsé que par des efforts semblables à ceux de l'accouchement.

Cause des tranchées utérines.

1014. Une saignée du bras, faite avant l'accouchement, ou une saignée du pied pratiquée plusieurs heures après comme cela se fait chez certaines nations, pourroit prévenir une partie de ces tranchées, en diminuant la pléthore et l'engorgement des vaisseaux utérins. On en prévient encore le nombre autant que cela se peut, en continuant, long-temps après la délivrance, les frictions que nous avons recommandé de faire sur la région

Moyens prophylactiques et curatifs des tranchées.

hypogastrique ; parce que ces frictions soutiennent l'action par laquelle la matrice se resserre et se durcit, et la mettent dans le cas de se refuser à l'abord d'une aussi grande quantité de fluide. Il y a toujours beaucoup de tranchées, lorsque le volume de la matrice se développe de nouveau après la délivrance, et que ce développement tient à l'engorgement des parois de ce viscère. La sortie des corps étrangers peut seule appaiser les douleurs qui n'ont d'autres causes que leur présence; et la nature dans ce cas n'a presque jamais besoin d'aide; il ne faut qu'inspirer un peu de patience et de courage à la femme.

1015. Les fomentations émollientes, les cataplasmes appliqués sur la région hypogastrique, quelques lavemens, une boisson délayante, résolutive, antispasmodique, telle qu'une infusion légère de fleurs de tilleul, de fleurs ou feuilles d'oranger, ou autres de cette espèce, ne peuvent faire que beaucoup de bien dans tous ces cas, et surtout dans celui d'engorgement des parois de la matrice. Quelquefois les tranchées sont si fortes, et les femmes en souffrent si cruellement, qu'on est obligé de leur donner quelques gouttes de la liqueur minérale anodine d'Hoffmann, et de teinture de Sydenham, dans une cuillerée d'eau de fleurs d'oranger et de tilleul.

1016. Chez quelques femmes ces douleurs s'annoncent dès les premiers instans qui suivent la délivrance; elles se succèdent de minute en minute comme celles de l'accouchement auxquelles elles ressemblent beaucoup, et se soutiennent ainsi avec force, pendant plusieurs heures, quelquefois pen-

dant un jour entier. Ensuite elles s'éloignent, et en devenant plus rares, elles perdent de leur violence; mais presque toujours elles se font sentir jusqu'au moment de la révolution du lait : le temps de cette révolution est, pour quelques femmes, celui où ces douleurs sont plus fortes et plus vives. Elles sont accompagnées de tiraillement douloureux vers les lombes, dans les aines et le devant des cuisses; quelquefois de frissons, de nausées, de vomissemens, même de syncopes.

1017. Après cette courte digression sur les tranchées utérines, ne perdons pas de vue que la femme est encore sur le petit lit, qu'il faut bientôt l'en retirer pour la mettre dans un autre, où elle sera plus à son aise. L'Accoucheur doit veiller à ce que ce dernier soit fait et garni convenablement, pour que les lochies n'en pénètrent pas les matelas, et qu'on puisse en changer les alèzes facilement et aussi souvent que les circonstances l'exigeront : il doit également veiller à la manière dont on habille et on garnit l'accouchée, avant de la faire passer dans ce lit. Quoique rarement il soit admis à cette toilette, et que plus rarement encore il soit obligé d'y mettre la main, il est cependant utile qu'il sache en quoi elle consiste, et qu'il en connoisse les avantages et les abus.

SECTION II.

De l'habillement et de la garniture des femmes nouvellement accouchées.

1018. Rien n'est indifférent dans le temps des couches ; les choses les plus simples en apparence deviennent alors quelquefois très-nuisibles, et les femmes souvent sont victimes d'un vain avantage qu'elles recherchent pour l'avenir, ou tout au moins de leur ignorance et de celle de leurs gardes : si quelques-unes de ces femmes nous savent gré d'être entré dans quelques détails sur leur premier ajustement de couches, peu importe que des Accoucheurs trouvent ces détails superflus.

1019. Chaque peuple a, pour ainsi dire, sa manière d'habiller et de traiter les femmes en couches : la même ne sauroit être la meilleure partout. Nous ne parlerons que de ce qui est en usage en France, et nous ferons remarquer avant tout, que la fortune y a mis encore autant de variétés qu'elle a établi de conditions différentes parmi les femmes.

1020. On doit approuver la précaution que prennent les femmes jalouses de conserver leur chevelure, de se faire peigner avant d'accoucher, afin d'en ôter la poudre et la pommade. En dépouillant ainsi les tégumens de la tête, de cette espèce de croûte qui les recouvre et qui est susceptible de s'altérer par la chaleur et la sueur, ces femmes en retirent souvent un avantage plus réel que celui que la plupart en attendent ; car en favorisant la

transpiration de cette partie, elles préviennent des maux de tête quelquefois difficiles à dompter.

Manière d'habiller et de garnir la femme nouvellement accouchée.

1021. Les unes, après être accouchées, se persuadent qu'elles ne sauroient prendre trop de précautions pour se garantir du froid, se couvrent la tête de plusieurs bonnets piqués et de plusieurs coiffes, tandis que les autres, par un principe contraire, la laissent presque nue. L'excès de chaleur pouvant être aussi nuisible que le froid, il faut suivre un juste milieu pour cette coiffure, et avoir égard en cela, autant à l'habitude des femmes qu'à la saison où elles accouchent.

1022. La plupart des femmes mettent pendant les premiers jours de leurs couches des chemises très-courtes et fendues par-devant dans toute la longueur; ayant comme celles de l'homme de longues manches à poignet et un petit collet. On a grande raison de les préférer aux chemises ordinaires, puisque par préjugé l'on ne permet encore que très-rarement d'en changer avant le cinquième, le sixième, et même le septième jour. Ces chemises étant très-courtes et ouvertes d'ailleurs comme une camisole, sont moins exposées à se gâter par les lochies; elles laissent plus de liberté pour garnir la poitrine et le bas-ventre, et en changer les linges au besoin.

1023. Les femmes mettent par-dessus cette chemise une camisole à longues manches, et souvent deux sans avoir égard à la saison; de sorte que, pour se préserver du froid, quelques-unes s'accablent de chaleur et du poids des vêtemens, qui ne sauroient être trop légers et trop libres pendant le temps qu'elles restent au lit.

1024. On ne voit pas trop clairement d'où vient l'usage généralement adopté en France, et dans quelques pays voisins, d'entourer la poitrine de l'accouchée d'une sorte de bandage de corps, ni quel en a été d'abord le but. Ce qui est plus évident, c'est que toutes les femmes n'en tirent pas le fruit qu'elles en attendent, et que quelques-unes, au lieu de ces vains agrémens qu'elles y recherchent, n'y trouvent qu'une source de maux dont tôt ou tard elles sont victimes.

Avantages et inconvéniens de bander la poitrine de l'accouchée.

1025. Les unes, en se faisant ainsi garnir et soutenir le sein, n'ont d'autre but que de le défendre du contact de l'air, et d'y entretenir un peu de chaleur ; ce qu'on ne sauroit désapprouver. Les autres se proposent d'en conserver la forme et la beauté, en empêchant le lait de s'y porter et de le distendre. Les premières serrent peu ce bandage ; les dernières le font davantage, et appliquent souvent encore sur leur sein des topiques astringens : mais quelques-unes de celles-ci payent du prix de leur santé l'agrément qu'elles ne préfèrent sûrement que par ignorance (1).

---

(1) Un bandage trop serré, appliqué dans les vues *d'étouffer le lait*, chez une pauvre femme, s'étant opposé au développement du sein, au troisième jour des couches, donna lieu à un état de suffocation alarmante, à de violens maux de tête, et à des convulsions, qui ne cessèrent que lorsque le lait put se porter librement au sein et le développer.

Une autre femme, conduite par le même désir sans doute, fut frappée d'une apoplexie mortelle en moins d'une demi-heure, au quatrième jour de ses couches. Nous trouvâmes le bandage qui entouroit sa poitrine si

Des inconvéniens et des avantages de bander le ventre de l'accouchée.

1026. Il en est souvent de même du bandage qu'on applique autour du ventre. Les femmes, en n'y recherchant que cette finesse de taille dont la grossesse les avoit privées, s'exposent à de fâcheuses incommodités, qui ne cessent le plus souvent qu'avec elles. *Peu* et *Mauriceau* se sont élevés contre l'abus de ce bandage ; mais ils n'ont pas cru devoir le proscrire entièrement. *Smellie* en a fait connoître l'utilité chez les femmes menacées ou atteintes de défaillances et de syncopes dans les premiers momens qui suivent la délivrance : il recommandoit même de faire comprimer le ventre de l'accouchée pendant qu'on préparoit ce bandage.

1027. L'expérience qui m'avoit instruit de ses avantages en pareilles circonstances, avant que je connusse les préceptes de *Smellie*, m'a fait penser aussi qu'il pouvoit être utile dans certains cas de perte après l'accouchement, en modérant un peu le cours du sang vers la matrice, par la pression qu'il exerce médiatement sur les vaisseaux du bas-ventre. Il s'oppose de plus à la dilatation et au boursouflement du canal intestinal ; et il prévient les hernies consécutives, soit de l'ombilic, soit de la ligne blanche, en résistant à l'impulsion des parties flottantes. Enfin, j'ai remarqué qu'à pareil terme des couches, plusieurs femmes, dont le ventre n'avoit pas été légèrement contenu dans les premiers temps, avoient la matrice plus volumineuse et plus engorgée que les autres.

1028. Il nous semble, d'après ces observations,

---

serré, que les mamelles en étoient comme écrasées et contuses.

qu'on ne devroit pas rejeter ce bandage, et qu'il faudroit même, en quelques cas, l'appliquer immédiatement après la délivrance. La nécessité de bander la poitrine n'est pas aussi évidente, et nous pensons qu'on feroit bien de s'en dispenser : il suffit, pour y entretenir la chaleur nécessaire, de couvrir le sein d'une serviette mollette, ou de l'une de ces pièces ouatées que les femmes destinent à cet usage.

1029. Ce bandage se fait de la manière suivante : on applique sur la région hypogastrique, une serviette bien douce, pliée sous une forme carrée ou triangulaire, et on la soutient par une autre pliée en long, dont on entoure le ventre. On doit peu le serrer dans les premiers momens ; mais on pourra le faire davantage par la suite, et en augmentant insensiblement, à mesure que le volume de la matrice diminuera.

1030. Un fichu placé sur le cou, une alèze dont on entoure les lombes et les cuisses de la femme en manière de jupon, et une serviette molle appliquée contre la vulve, doivent compléter l'habillement et la garniture de l'accouchée. On la transporte ensuite dans son lit, et on lui prescrit le régime convenable à son état.

1031. Il est difficile de fixer au juste la manière de gouverner les femmes en couches, même d'établir des préceptes généraux à ce sujet, sans avoir fait connoître préalablement les principaux phénomènes qui se manifestent après l'accouchement, et leurs différences relativement aux diverses circonstances qui peuvent se présenter. Nous les exposerons très-brièvement.

SECTION III.

Des principaux phénomènes qui se manifestent dans le temps des couches.

Des suites des couches.

1032. On peut distinguer les suites de couches en naturelles et en accidentelles. Les premières offrent des différences infinies et purement individuelles; les autres tantôt sont l'effet d'une disposition prochaine à la maladie, dont l'accouchement n'a fait que favoriser le développement, et tantôt elles dépendent de la mauvaise habitude du sujet, de l'impéritie de l'accoucheur, de l'inexactitude de la femme dans le régime, ou de quelques événemens imprévus. Nous ne parlerons que des suites de couches les plus ordinaires; les autres pouvant seules fournir la matière de plusieurs volumes (1).

Suites naturelles des couches.

1033. Une espèce d'accablement ou de lassitude, semblable à ce qu'on éprouve à la suite d'un exercice violent et immodéré, succède peu de temps après l'accouchement, à l'agitation excitée par le travail : mais bientôt l'action du pouls se réveille, la chaleur se ranime, la peau devient humide, une moiteur salutaire se déclare, les membres recouvrent leur première liberté, l'ordre des fonctions se rétablit; et le plus grand calme succédant à cet effort de la nature, permet à la femme de se livrer paisiblement à la joie d'être mère.

---

(1) On peut consulter, sur ces dernières, le grand nombre de Traités qu'on a publiés sur les maladies des femmes en couches.

Des lochies sanguines et laiteuses.

1034. Pendant les premiers jours, il se fait un dégorgement abondant par la vulve. C'est d'abord du sang très-pur, dont la couleur et la consistance commencent à s'affoiblir plus tôt ou plus tard, et diminuent insensiblement; de sorte qu'après vingt-quatre, trente-six, ou quarante-huit heures, pour l'ordinaire, il ne passe qu'une espèce d'humeur lymphatique et roussâtre, qui ne tarde pas encore à changer de nature. Elle devient plus épaisse, plus blanche, et comme purulente; ce qui lui a fait donner le nom de Lochies puriformes, tandis qu'on appelle les deux premières espèces Lochies sanguines et séreuses.

De la durée des lochies.

1035. La durée et la quantité de ces différentes espèces de lochies sont d'ailleurs relatives à un grand nombre de circonstances, dont nous ne ferons nullement ici mention. Les lochies sanguines coulent quelquefois pendant les trois ou quatre premiers jours, avec ou sans douleur; ce qui tient à l'état de la matrice et à la nature du sang, qui passe tantôt fluide et tantôt en caillot. Ce sont ces douleurs qu'on désigne sous le nom de Tranchées utérines. (*Voyez* §. 654, §. 1013 et suiv.)

1036. Si l'on connoissoit moins le mécanisme par lequel s'arrêtent ces premières lochies, il y auroit de quoi s'étonner de ce que toutes les femmes ne périssent pas d'hémorrhagie peu de jours et même en très-peu d'heures après l'accouchement, tant les vaisseaux qui transmettent ce sang dans la matrice conservent alors de diamètre (1). S'il est rare

(1) Voyez §. 555 et suivans.

que cette évacuation se soutienne ou-delà des trois ou quatre premiers jours, il est très-ordinaire aussi de voir le sang reparoître de temps à autre dans le cours des premières semaines, et même du mois entier : ce qui provient de la foiblesse des vaisseaux utérins, et de la largeur contre nature que quelques-uns conservent encore.

De la suspension des lochies pendant la fièvre de lait.

1037. La source de ces différentes espèces d'écoulemens semble quelquefois se tarir du deuxième au troisième jour, mais pour vingt-quatre heures seulement ou environ. La matière des lochies paroît alors refluer dans le sang; il s'en fait une sorte de transport vers les mamelles, et il se détermine à cette époque une crise plus ou moins forte, qu'on nomme communément Fièvre de lait.

De la fièvre de lait.

1038. Cette crise s'annonce par quelques élancemens dans le sein; bientôt après il y survient du gonflement et de la tension; son volume augmente insensiblement et au point que la peau, chez certaines femmes, semble menacée de crevasses. L'engorgement s'étend fort souvent au loin du côté des aisselles, et rend quelquefois la respiration difficile et laborieuse. Le pouls, pendant ce temps, acquiert de la force et de la fréquence; la tête s'appesantit et le visage se colore; une espèce de lassitude universelle se fait sentir, et la femme éprouve des picotemens par tout le corps.

1039. Une sueur plus ou moins abondante, et dont l'odeur aigre dénote assez le caractère laiteux, ramène le calme à sa suite. Elle continue souvent pendant vingt-quatre heures et plus, en ne laissant que de courts intervalles. L'on ne doit rien faire qui puisse la troubler; et il pourroit être également

désavantageux de la provoquer, en surchargeant la femme de couvertures, ou bien en lui donnant de ces boissons échauffantes contre l'usage desquelles nous nous sommes déjà expliqué. Il faut seulement favoriser cette évacuation, quand on y trouve la nature disposée.

1040. La suppression des lochies, qui a lieu quelquefois pendant cette crise, en est une suite si naturelle, qu'on ne doit pas s'en mettre en peine. Cet écoulement se rétablit de lui-même quand les sueurs deviennent moins abondantes, et l'humeur des lochies ressemble alors en quelque sorte à une matière tantôt laiteuse, tantôt bourbeuse, ou comme purulente, qui acquiert par la suite plus ou moins de consistance.

Temps où les mamelles commencent à se dégorger.

1041. Ce n'est qu'à la fin du quatrième jour des couches, au cinquième même pour l'ordinaire, que les mamelles commencent à se détendre; soit parce qu'elles se dégorgent par le mamelon, soit parce que l'écoulement des lochies recommence ou devient plus abondant, ou qu'une partie du lait a été résorbée, entraînée par les sueurs, ou rejetée par d'autres voies.

De la durée des dernières lochies.

1042. L'on ne peut au juste fixer la durée des dernières lochies, parce que l'humeur qui les constitue se mêle dans la suite à celle des fleurs blanches auxquelles beaucoup de femmes sont sujettes, et qu'il est aisé de se tromper sur le caractère de ces deux espèces d'évacuations. Les lochies blanches ou laiteuses coulent tantôt pendant un mois, tantôt plus long-temps, et rarement la source s'en tarit plus tôt. La suppression accidentelle de cet écoulement, de même que celle des lochies rouges, peut devenir

la cause d'un très-grand nombre d'accidens, aussi variés par leur nature que par leur intensité et leurs effets. La description de tous ces accidens ne sauroit entrer dans le plan de cet ouvrage, et n'appartient qu'à un traité de maladies des femmes en couches.

Etat de la femme qui allaite son enfant.

1043. On est assez généralement dans l'opinion que les femmes qui allaitent s'affranchissent de la majeure partie de ces accidens, et même de ces longues suites de couches ordinaires à celles qui ne nourrissent pas; qu'elles éprouvent rarement cette grande révolution laiteuse dont nous venons de parler, parce qu'elles transmettent de temps à autre à leur nourrisson, le fluide redondant qui la détermine; qu'elles ont des sueurs moins abondantes que les autres; que leur sein ne se gonfle pas autant que celui de ces dernières; que les lochies ne coulent pas aussi long-temps; et que si cette évacuation se suspend ou diminue au troisième jour, souvent après ce terme elle ne reparoît qu'en médiocre quantité, pour cesser bientôt entièrement; mais cette opinion n'est pas assez bien fondée pour que les femmes qui allaitent leurs enfans s'affranchissent de tous les soins qu'on recommande aux autres.

1044. Ce sera cependant sous ce double aspect que nous considérerons les femmes en couches, pour déterminer la manière de les gouverner, ou le régime qui leur convient le mieux.

Section IV.

Régime des femmes en couches.

Du régime que doivent observer les femmes en couches.

1045. Le régime ne s'entend pas seulement des alimens, mais aussi de tout ce qui a rapport aux choses qui nous environnent, et à celles dont l'influence sur l'économie animale ne se fait jamais mieux sentir que dans le temps des couches.

De l'air.

1046. Rien n'est alors d'une plus grande importance que le choix de l'air : l'exemple des maladies qui exercent si souvent leur ravage dans les hôpitaux où la misère conduit chaque année un grand nombre de femmes enceintes, prouve à quel point ce fluide doit être pur et exempt de corruption. Les miasmes putrides dont il est chargé dans ces hospices ne sont pas les seuls qui puissent en altérer la pureté, et le rendre aussi malfaisant ; les corpuscules émanés des fleurs, tels que la rose, le jasmin, et d'autres substances odoriférantes, ont aussi donné lieu quelquefois à des accidens très-fâcheux, quoique chez des femmes accoutumées, dans un autre temps, à ces sortes de parfums.

1047. Un air trop chaud ou trop froid n'est pas moins contraire aux femmes nouvellement accouchées, que celui qui est chargé des émanations dont nous venons de parler. Il est bon que la chambre qu'elles habitent soit bien située et bien percée, afin qu'on puisse en renouveler l'air de temps en temps, l'échauffer ou le rafraîchir selon le besoin.

1048. L'accouchée ne devroit recevoir, dans les

premiers jours, que les visites indispensables, sous le rapport même de la salubrité de ce fluide, indépendamment du repos qui lui convient. Elle doit être peu couverte dans son lit, si ce n'est en hiver ; ayant d'ailleurs égard en cela même, autant à la saison et à l'habitude, qu'à l'état de couches. Les rideaux du lit ne devroient jamais être fermés, si ce n'est dans le moment où l'on tient les croisées et les portes de la chambre ouvertes pour en renouveler l'air.

1049. Cette chambre devroit être éloignée du grand bruit ; et l'on ne sauroit encore y garder trop le silence, pour que la femme puisse dormir tranquillement, qu'elle ne soit point éveillée en sursaut, ni incommodée par l'ébranlement et le bruit qu'excitent les voitures, comme il arrive trop souvent dans les grandes villes. Cette chambre ne doit être éclairée le jour que par une lumière fort douce, et la nuit par une seule bougie, qu'on aura soin de détourner des yeux de la malade.

De la situation des femmes en couches.

1050. L'on ne doit pas obliger les femmes nouvellement accouchées de garder constamment la même position, et de rester sur le dos pendant les premières vingt-quatre heures, comme on le leur recommande encore trop souvent. Rien ne pouvant mieux les délasser de la fatigue du travail, que la liberté de remuer et de changer de position, l'on ne devroit pas les en empêcher : si ce n'est cependant après une grande perte, ou quand on a quelque motif de craindre cet accident. Excepté dans ce cas, ou d'autres circonstances analogues, elles pourront se tourner à leur gré, tantôt sur un

côté, tantôt sur l'autre, et même se mettre un peu à leur séant.

Des passions.

1051. Les grandes passions de l'âme n'étant pas moins à craindre dans le temps de couches que les mouvemens immodérés du corps, l'on ne doit en inspirer à la femme que de douces et d'agréables, en faisant en sorte de détourner tout ce qui pourroit l'affecter vivement. Nous en avons vu, qui ont été victimes d'un instant de joie; d'autres, frappées d'apoplexie et de convulsions mortelles, à l'occasion d'une frayeur; ou succomber en peu de minutes au regret de voir partir l'enfant avec la nourrice qu'elles lui avoient destinée.

Des évacuations.

1052. Rien n'étant plus conforme au vœu de la nature, que les évacuations de toutes espèces, par lesquelles elle se débarrasse journellement de ce qui pourroit devenir nuisible, et conséquemment de l'humeur laiteuse dont elle est surchargée chez les femmes en couches, il faut les favoriser toutes, et n'en contrarier aucune. Pour exciter ou pour entretenir celle du ventre, on administrera un lavement émollient tous les jours, et même deux si la malade est tourmentée de coliques. L'on ne doit s'en dispenser que dans le temps de crise et de sueurs abondantes dont il a été parlé ci-dessus : mais on en continue l'usage après cette époque, et on les rend laxatifs de temps en temps, en mettant trois ou quatre onces de miel commun, de miel mercurial, ou quelque médicament plus actif, si le cas le requiert.

De la boisson qui convient à la femme accouchée.

1053. On entretient le cours des urines et la moiteur en donnant une tisane d'orge, ou de chiendent avec un peu de réglisse; une légère infusion

de fleurs de tilleul, de camomille, de matricaire, de fleurs de sureau, de millepertuis, ou d'autres analogues. De l'eau commune, avec un peu de sirop de capillaire ou de guimauve, doit être la boisson ordinaire des femmes qui ont de la répugnance pour toutes ces infusions ou espèces de tisanes.

1054. Toutes ces boissons favorisent également l'écoulement des lochies, et suffisent le plus souvent pour les rappeler quand elles sont supprimées; l'engorgement, l'éréthisme, ou l'inflammation de la matrice, étant le plus ordinairement la cause de cette suppression.

1055. Très-rarement on est obligé d'avoir recours aux infusions d'armoise, de rhue, de safran, etc., ainsi qu'à toutes ces potions échauffantes, qu'on donne si fréquemment aux femmes du peuple abandonnées aux soins d'une garde ou d'une voisine : le vin chaud avec le sucre et la cannelle n'est pas moins dangereux, quand la suppression des lochies vient de l'une des causes indiquées ; les émolliens et les délayans sont les seuls remèdes qu'il convienne d'employer.

1056. Ces boissons et ces potions échauffantes sont cependant utiles dans quelques cas où il y a plus de foiblesse que d'astriction dans les vaisseaux de la matrice : mais comme il arrive souvent qu'en prescrivant les premières, les femmes substituent à une légère infusion, une forte décoction des plantes qui leur sont indiquées, ainsi que nous l'avons remarqué plusieurs fois, ce qui ne peut être indifférent, l'Accoucheur doit s'expliquer clairement, et déterminer la quantité de ces

plantes ou fleurs qui convient pour une pinte de boisson.

Des alimens.

1057. La nature et la quantité des alimens que doivent prendre les femmes en couches, seront déterminées par les circonstances. Selon quelques-uns, on ne sauroit faire observer une diète trop exacte à celles qui n'allaitent pas leurs enfans; au lieu qu'il y a peu de chose à changer à leur manière ordinaire de vivre, quand elles se livrent à cet important devoir : mais ces préceptes peuvent être également nuisibles aux unes et aux autres.

1058. Souvent on est obligé d'accorder des alimens aux premières, et de tenir les dernières à la diéte; parce que l'habitude de ces femmes, les circonstances où elles se trouvent ne sont pas les mêmes, etc. Plusieurs fois nous avons cru devoir prescrire des alimens à certaines femmes accoutumées à manger beaucoup, pour calmer des accidens qui auroient paru exiger chez d'autres une diète sévère.

1059. Quand il ne survient aucun accident, après l'accouchement, et que ses suites n'offrent rien d'extraordinaire, on peut accorder deux potages par jour, et même trois, soit au riz, ou autrement : ou bien on donne du bouillon et une croûte de pain, que la femme y trempera, ou mangera à son gré. Si l'on fait bien de retrancher ces potages pendant la durée de la fièvre de lait, on permet après cette révolution, un peu de légumes bien préparés, un œuf frais, du poisson, du poulet rôti ou bouilli; et pour boisson aux heures de repas, du bon vin coupé avec un tiers ou partie égale d'eau.

Régime qu'on doit observer le jour de la fièvre de lait.

1060. Lorsque la fièvre de lait se prononce avec force, il convient de tenir la malade au bouillon, et même de la priver de celui-ci, et de la faire boire abondamment de l'une de ces tisanes légères, dont il est parlé ci-dessus; afin de fournir un véhicule convenable à l'humeur laiteuse, et de restituer au sang le sérum dont il se trouve dépouillé par les sueurs copieuses qui ont lieu dans ce temps.

Des lotions sur les parties naturelles.

1061. Quelques femmes sont à peine accouchées qu'elles se font appliquer sur la vulve des linges trempés dans l'huile et le vin, pour calmer la douleur et l'irritation qu'elles y éprouvent; dans la suite, elles suppriment l'huile, et ne se servent que de vin, dans lequel plusieurs font bouillir des roses, et même des substances plus astringentes. Ces dernières lotions peuvent être très-utiles chez les femmes sujettes au relâchement du vagin, à la descente de la matrice, ou en qui les symphyses du bassin, ramollies pendant la grossesse, conservent trop de mobilité après l'accouchement; mais il ne faut pas les employer inconsidérément dès le premier temps des couches: les lotions émollientes, résolutives et adoucissantes, sont celles qui conviennent alors exclusivement.

1062. Ces dernières se font assez communément avec le lait dans lequel on fait bouillir une petite poignée de cerfeuil. On peut y substituer une eau de guimauve, d'aigremoine, ou d'orge.

1063. Il n'est pas moins utile en quelques cas, de tenir sur le ventre, pendant les premiers temps, des flanelles trempées dans l'eau chaude, dans du lait, ou une décoction de plantes émollientes;

pour en entretenir la souplesse, et favoriser le dégorgement de la matrice, qu'un peu d'éréthisme rend souvent difficile chez certaines femmes.

Usage du sel duobus.

1064. Le sel duobus se donne trop fréquemment aux femmes en couches, pour n'en pas dire quelque chose ici. Il paroît tellement consacré à leur traitement, que chaque matrone ou garde, se croit en droit de le prescrire dès que la fièvre de lait est passée, même avant cette crise salutaire, sans consulter le Médecin ou l'Accoucheur. Ce médicament n'est cependant pas indifférent, et quoique donné à très-petite dose, beaucoup de femmes ne peuvent le supporter. S'il est des cas où il soit indiqué, il s'en trouve un bien plus grand nombre où l'on peut s'en passer.

1065. C'est aussi l'usage plutôt que la raison, qui fixe le temps où l'on doit, pour la première fois, changer la femme de chemise et de tous les autres ajustemens de couches : excepté les alèzes cependant, et les serviettes qui reçoivent les lochies, qu'on renouvelle très-souvent, ce n'est encore qu'au cinquième, au sixième et même au septième jour qu'on accorde cette faveur à la femme. On ne voit pas le motif qui détermine à la laisser croupir, en quelque sorte, aussi longtemps dans ses excrémens, tandis qu'aucun état ne demande plus de soin et de propreté que celui des couches?

Du temps où l'accouchée peut changer de linges.

1066. Nous pensons que ces femmes peuvent changer de linges beaucoup plus tôt, et toutes les fois que les leurs seront mouillés par la sueur ou autrement; pourvu que ceux qu'on doit y substitueuer soient bien secs et chauffés convenablement.

On peut aussi, dès les premiers jours, transporter ces femmes avec soin dans un autre lit, pour qu'on remue le leur, et qu'on en renouvelle les draps s'il en est besoin. Mais elles ne devroient marcher que le plus tard possible, et seulement après les huit ou dix premiers jours, même lorsque les suites des couches sont des plus naturelles. Avec cette précaution, elles s'exposeroient moins au relâchement du vagin, à la descente de la matrice, et à d'autres incommodités qui proviennent de celles-ci.

Du temps où il convient de purger l'accouchée.

1067. La plupart des femmes valétudinaires attribuant à l'humeur laiteuse l'altération de leur santé, et souvent sans avoir égard aux longues années qui se sont écoulées depuis l'accouchement, imaginent qu'on ne sauroit trop purger les autres dans le temps de leurs couches. Quelques-unes veulent que ce soit au neuvième jour, d'autres plus tard, ou seulement après le retour des règles. Nous ne désapprouvons pas l'usage des purgatifs; nous observerons seulement qu'on ne doit pas en abuser dans les premiers temps; que le moment de les administrer dépend de certaines circonstances dont la plupart échappent toujours à l'œil de la garde la plus entendue, et ne peuvent être saisies que par les personnes de l'art.

TROISIÈME PARTIE.

Des Accouchemens du second ordre, vulgairement appelés Contre nature.

CHAPITRE PREMIER.

§. 1068. L'on ne devroit appeler *contre nature* que l'accouchement qui est physiquement impossible sans les secours de l'art, et celui qui ne peut se faire autrement sans de grands inconvéniens pour la mère et pour l'enfant. Cependant on s'accorde généralement à donner cette dénomination à tous ceux dans lesquels l'enfant présente toute autre partie que le sommet de la tête, quoique dans le grand nombre de celles qu'il peut offrir à l'orifice de la matrice dans le début du travail de sa naissance, il en soit plusieurs, comme les fesses, les pieds, les genoux, qui ne paroissent pas moins favorables à sa sortie que la première, et dont la présence ne peut rendre l'accouchement ni moins heureux, ni essentiellement plus difficile.

Caractères distinctifs de l'accouche-

1069. Dans le nombre des accouchemens que la nature ne peut opérer seule, ou qu'elle ne pour-

roit terminer sans danger pour la mère ou pour l'enfant, il y en a beaucoup qui ne requièrent que la main d'une personne instruite, et d'autres qu'on ne peut opérer qu'à l'aide de quelques instrumens. Ces derniers seront exposés dans la quatrième partie de cet ouvrage; ne voulant faire connoître dans celle-ci, que les premiers, que nous appellerons *contre nature*, pour nous conformer à l'usage.

ment contre-nature, et du laborieux.

Rapports des accouchemens contre nature, avec ceux qui se font naturellement.

1070. Ces accouchemens sont si rares qu'il paroît impossible de fixer au juste leur rapport avec les accouchemens naturels (1) : mais ils sembleront très-variés, si l'on n'a égard qu'au grand nombre de régions que l'enfant peut offrir à l'orifice de la matrice, et aux circonstances accidentelles qui peuvent exiger les secours de l'art, dans les cas même où cet enfant se présente de la manière la plus avantageuse. Puisque l'accouchement qui s'annonce avec les apparences les plus favorables ne peut toujours se terminer heureusement pour la mère ou pour l'enfant sans ces secours étrangers, par rapport à ces mêmes circonstances accidentelles, il n'y a donc point de régions de la surface de l'enfant qui ne puissent constituer quelques espèces d'accouchemens contre nature, et entrer dans le plan que nous nous sommes tracé.

1071. Parmi ces diverses régions les unes se présentent plus fréquemment que les autres à l'orifice de la matrice, et plusieurs le font si rarement

(1) Voyez le Tableau qui fait partie de l'Avertissement.

qu'il semblera peut-être qu'on auroit dû n'en pas faire mention (1); mais comme elles n'en sont que plus difficiles à reconnoître au toucher, comme elles n'en exigent que plus de soin et d'attention, nous avons cru devoir les exposer.

1072. Nous diviserons cet ordre d'accouchemens presque en autant d'espèces générales, que les Anatomistes ont assigné de régions sur le corps de l'enfant, etc. Comme dans la plupart de ces cas l'on est obligé de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, la première espèce comprendra ceux où ces parties se présentent naturellement à l'orifice de la matrice; la seconde, ceux où ce sont les genoux, et la troisième les fesses, parce que ces derniers accouchemens ressemblent beaucoup aux premiers. Quant à l'exposition des autres espèces, nous aurons moins égard à leurs rapports avec celles-ci et à leur fréquence dans la pratique, qu'à l'ordre sous lequel se présentent naturellement les diverses régions de la surface de l'enfant. Après avoir traité tout ce qui est relatif à ces trois premières espèces, nous parlerons des cas où le sommet de la tête se présente; ensuite la face, le devant du cou, et successivement les autres régions de la surface antérieure du fœtus, de la surface postérieure et de ses côtés: cet ordre d'exposition nous ayant paru aussi bon qu'un autre, et même préférable.

1073. Chacune de ces espèces d'accouchemens en comprendra elle-même plusieurs autres, qui

---

(1) Voyez le Tableau indiqué ci-dessus.

seront déduites des positions que chacune des régions du corps de l'enfant sera susceptible de prendre relativement à l'entrée du bassin de la femme. Après avoir fait remarquer ce qui caractérise chaque espèce, ce qui la différencie, ou la rapproche de telle ou telle autre, et les indications particulières qu'elle présente, relativement à la manière d'opérer, nous renverrons pour le surplus à ce qui aura été décrit précédemment, afin d'éviter quelques répétitions; un ouvrage du genre de celui-ci devant nécessairement en présenter beaucoup, pour ne pas manquer de clarté.

1074. Cette multiplicité, cette variété de positions, ou d'espèces d'accouchemens, paroît effrayante d'abord, et d'une étude rebutante; mais avec un peu d'attention on s'aperçoit bientôt que ce tableau n'est point exagéré; que toutes les parties en sont distinctes et liées entre elles; que l'étude de l'une rend l'étude de l'autre très-facile; en un mot, qu'il n'offre que ce qui se trouve répandu sans ordre dans un grand nombre de volumes et de recueils d'observations.

ARTICLE PREMIER.

Des causes, en général, qui peuvent rendre l'accouchement contre nature, ou exiger les secours de l'art.

1075. L'accouchement peut être essentiellement contre nature, ou ne le devenir qu'accidentellement. Dans le premier cas, c'est toujours la mauvaise situation de l'enfant qui en est la cause; dans le second, ce sont différentes circonstances qui

viennent compliquer le travail, et que nous regardons comme autant d'accidens.

De ce qu'on doit appeler mauvaise position de l'enfant.

1076. Pour avoir une idée juste de ce qu'on entend ici par mauvaise position de l'enfant, il faut se rappeler ce qui a été dit ailleurs de ses dimensions et de celles du bassin de la femme, et se ressouvenir qu'il ne peut sortir du sein de sa mère qu'en offrant à l'orifice de la matrice, l'une des extrémités du grand diamètre de la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement replié. Sa situation est essentiellement mauvaise toutes les fois qu'il n'offre pas le sommet de la tête, les pieds, les genoux, ou les fesses. S'il est des cas où l'accouchement puisse se faire naturellement, quoique l'enfant présente d'autres parties que celles-ci, ce ne sont que des exceptions à la règle générale, qui ne peuvent avoir lieu qu'autant que l'enfant est très-petit relativement à la capacité du bassin de sa mère.

1077. La situation de l'enfant n'étant pas absolument fixe avant l'écoulement des eaux de l'amnios, et pouvant changer d'un instant à l'autre avant ce moment, quand les eaux sont abondantes, de sorte que des parties très-éloignées peuvent alors se présenter successivement à l'orifice de la matrice, l'Accoucheur ne doit en porter son jugement, qu'après l'évacuation de ce fluide. Nous avons remarqué plusieurs fois de ces changemens de position dans le cours d'un travail presque ordinaire : et c'est sans doute d'après de semblables observations, que quelques Praticiens, spécialement parmi les anciens, avoient prescrit de faire prendre à la femme des situations diffé-

rentes, et souvent aussi bizarres qu'incommodes, même nuisibles, à dessein d'en procurer une plus favorable à l'enfant.

1078. Lorsque plusieurs parties se présentent successivement à l'orifice de la matrice, si la tête y paroît dans un instant quelconque, comme elle pourroit aussi s'en éloigner, il faut percer les membranes et donner issue aux eaux, pour la fixer en cet endroit et prévenir le retour d'une mauvaise position : l'on ne doit pas attendre alors pour le faire, comme en beaucoup d'autres cas, que l'orifice de la matrice soit complètement ouvert : il suffit que le travail soit bien établi. Mais quel que soit le degré de dilatation de cet orifice, si l'enfant y présente une autre partie que la tête, il faut différer pendant quelque temps au moins, l'évacuation du fluide qui lui donne une si grande liberté de se mouvoir, pour s'assurer si sa position ne changera pas, s'il n'en prendra pas une meilleure; en proportionnant toutefois ce délai à la nature des circonstances qui pourroient alors compliquer le travail. Avec ces précautions, l'accouchement qui auroit été contre nature, pourra quelquefois s'opérer de lui-même (1).

Causes accidentelles de l'acconchement contre nature.

1079. Parmi les causes de l'accouchement contre nature en général, aucune ne peut le rendre plus

---

(1) L'observation nous a tellement convaincu de la vérité de tout ce que nous avançons sur ce point, que nous ne pourrions avoir qu'une opinion désavantageuse de ceux qui le contesteroient.

difficile que la mauvaise conformation du bassin. Cette cause semble même plutôt appartenir aux accouchemens du troisième ordre qu'à ceux que nous exposons actuellement; puisqu'il est rare que la main seule suffise alors pour délivrer la femme, ou que l'art ne nous offre pas de moyens d'une application plus prompte, moins douloureuse et plus salutaire, soit pour la mère, soit pour l'enfant, et souvent pour l'une et l'autre à la fois. C'est pourquoi nous n'en parlerons au long que dans la quatrième partie de cet ouvrage.

1080. Les accidens qui ne permettent pas d'abandonner l'accouchement aux soins de la nature, soit parce qu'ils exposent la vie de la mère ou celle de l'enfant, et souvent des deux, soit parce qu'il ne peut absolument s'opérer seul, sont l'hémorrhagie, les convulsions, et les foiblesses ou syncopes fréquentes; l'épuisement des forces de la femme; la lenteur ou la cessation des douleurs; l'existence d'une hernie irréductible avec des dispositions à l'étranglement, celle d'un anévrisme caché ou apparent de l'aorte pectorale ou abdominale, de l'une des carotides, ou des souclavières comme nous en avons observé; quelquefois l'obliquité de la matrice, et le resserrement de son col sur celui de l'enfant : d'autres fois la présence de plusieurs enfans qui nuisent réciproquement à leur sortie; l'issue du cordon ombilical, son peu de longueur et son entortillement sur le col de l'enfant, si l'on adopte l'opinion commune à ce sujet; et diverses autres causes encore, qui ne seront exposées que dans la dernière partie de cet ouvrage.

Section première.

De l'Hémorrhagie considérée par rapport à la nécessité d'opérer l'accouchement.

1081. L'hémorrhagie qu'on désigne sous le nom de Perte, n'est pas la seule qui puisse exposer les jours de la mère et ceux de l'enfant pendant la grossesse et le temps de l'accouchement ; celle où le sang coule abondamment par le nez ou par la bouche, peut avoir des suites également fâcheuses, et semble demander les mêmes secours.

1082. La première est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice, et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse ; l'autre n'a souvent pour causes éloignées, que la pression que fait sur le gros vaisseau du bas-ventre la matrice développée et distendue par le produit de la conception. Cette pression, assez forte par elle-même pour donner lieu à l'engorgement des vaisseaux de la poitrine et de la tête, au crachement de sang, et au saignement de nez chez quelques femmes, dont les parois du ventre résistent beaucoup, devient bien plus grande encore lorsque ces femmes se livrent à de grands efforts, lorsqu'elle se serrent étroitement dans leurs habits, et surtout lorsqu'elles secondent les douleurs de l'enfantement en poussant vigoureusement en en-bas : c'est aussi dans ces sortes de circonstances spécialement, où l'hémorrhagie dont il s'agit se manifeste le plus ordinairement.

Observation. Hémorrhagie par la bouche.

1083. Une femme de la plus forte constitution, grosse de son premier enfant et au terme de huit mois, après de foibles efforts pour soulever un vase dans lequel elle venoit de blanchir quelques menus linges, rendit du sang avec tant d'abondance par la bouche, qu'elle en perdit plus de vingt palettes dans l'espace de deux jours. Elle resta languissante jusqu'au moment de l'accouchement, qui ne se fit qu'au temps ordinaire, et qui n'eut cependant aucunes suites fâcheuses.

Obs. Hémorrhagie par le nez.

1084. Une autre femme, âgée de dix-huit ans, d'une constitution assez délicate, et enceinte de trois mois seulement, éprouvant déjà quelques marques de pléthore pour laquelle je lui avois prescrit une saignée, s'étant serrée dans ses habits pendant une soirée entière qu'elle passa hors de chez elle (1), fut prise d'une hémorrhagie par le nez, que rien ne put arrêter sans retour, jusqu'au cinquième mois et demi, que cette femme épuisée mourut en accouchant.

1085. Ces deux espèces d'hémorrhagies sont toujours apparentes; mais la première, vulgairement appelée Perte, ne l'est pas constamment. Si le sang le plus souvent se répand au-dehors, quelquefois aussi il s'épanche derrière le placenta, et y est retenu tantôt par les fortes adhérences du bord de cette masse, ou par celles des membranes seulement, avec la matrice, et tantôt par la contraction naturelle du col de ce viscère même, qui ne s'est pas encore entr'ouvert à l'époque où se fait

(1) Les femmes portoient encore des corsets garnis de baleines.

cet épanchement : ce qui établit deux sortes de pertes utérines, l'une apparente et l'autre cachée. Tous les auteurs en ont fait cette distinction; mais l'hémorrhagie cachée n'a paru mériter leur attention qu'autant qu'elle se manifestoit après l'accouchement; et bien peu, peut-être même aucun, ne l'avoient considérée comme nous.

1086. Si la structure de la matrice et la résistance que ses parois opposent constamment aux agens qui en opèrent le développement, semblent porter à croire qu'il ne peut s'épancher beaucoup de sang derrière le placenta, l'observation, peu d'accord avec ces connoissances physiologiques, nous a prouvé plusieurs fois que ces sortes d'épanchemens pouvoient devenir assez considérables pour influer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie, et sur celle de l'enfant. D'ailleurs la digue qui retient le sang épanché devant se rompre plus tôt ou plus tard, l'hémorrhagie devient apparente; et la perte du nouveau sang que versent librement les vaisseaux, ajoute au danger qui naissoit déjà de la première.

Obs. Hémorrhagie cachée.

1087. Il se fit un épanchement de cette espèce chez Madame de **, à la suite d'une saignée du bras, qui avoit donné lieu à de fréquentes syncopes. Les symptômes énoncés aux §§. 1092 et 1093 se manifestèrent presque aussitôt. Les douleurs se soutinrent pendant trois semaines, en devenant plus fortes de jour en jour, et cette femme accoucha d'un enfant mort au terme de huit mois. Il y avoit, derrière le placenta, deux caillots de sang, noirâtres, solides et comme desséchés, de la grosseur d'un œuf de cane chacun.

Obs. Sur le même sujet.

1088. Chez une autre femme, le coagulum qui recouvroit les deux tiers du placenta, étoit aussi volumineux que celui-ci ; et dans une troisième, nous l'avons estimé de quatre à cinq palettes : elles accouchèrent l'une et l'autre d'un enfant mort, après avoir éprouvé la plupart des symptômes décrits aux §§. déjà indiqués au précédent. L'épanchement devint bien plus considérable, et les suites en furent bien plus fâcheuses chez la femme qui fait le sujet de l'observation suivante, que les bornes de cet ouvrage ne nous permettent pas de rapporter dans tous ses détails.

Obs. Sur le même sujet.

1089. Après une longue promenade de pied, cette femme ressentit vers le fond de la matrice et les reins, des douleurs sourdes qui durèrent toute la nuit, et qu'elle comparoit à celles qui avoient coutume de précéder les règles. S'étant levée le lendemain à son ordinaire, de grandes et fréquentes défaillances, plutôt que la crainte d'une perte abondante en voyant paroître un peu de sang assez aqueux, l'obligèrent de se remettre au lit quelques heures après : c'étoit sur les dix heures du matin. Son état de foiblesse et d'épuisement, les syncopes qui se répétoient à chaque minute lorsque je la vis ; la pâleur et l'altération du visage, ne pouvant s'accorder avec le peu de sang qui s'étoit évacué (car à peine en avoit-elle perdu une palette, et quelques serviettes en étoient-elles légèrement teintes), me firent soupçonner un épanchement intérieur. L'augmentation rapide du volume de la matrice depuis la veille, au rapport de cette femme et de sa famille, fortifia ce soupçon, et bientôt de nouveaux symptômes le confirmè-

rent. Enceinte d'environ sept mois, et le paroissant à peine avant cet accident, la matrice s'étoit développée de manière à faire présumer, à la première inspection, une grossesse à terme, et de deux enfans plutôt que d'un seul. L'action expulsive de ce viscère commençoit à se faire sentir lors de mon arrivée, et l'orifice à s'entr'ouvrir. A peine fut-il un peu plus ouvert que les douleurs, quoique foibles, expulsèrent des caillots noirâtres et mous, au-delà de ce que la forme d'un chapeau d'homme en eût pu contenir. Le sang continuant de couler ensuite, le danger augmentant, et le peu d'espoir de conserver cette femme en différant de l'accoucher, me décidèrent à prendre ce parti. Je le fis en présence de deux chirurgiens mandés avant moi : mais ce fut sans succès ; l'enfant n'y ayant survécu qu'un instant, et la mère étant morte cinq heures après dans de fréquens accès de syncopes et d'hystérie, je dirois même de catalepsie, que rien ne put prévenir ni calmer (1).

1090. Ce n'est pas seulement dans l'espèce de capsule accidentelle dont nous venons de parler, qu'il se forme des épanchemens de sang pendant la grossesse ; il peut s'en faire également dans la cavité des membranes qui enveloppent l'enfant :

---

(1) Cette espèce d'hémorrhagie n'est pas excessivement rare : on en trouve quelques exemples dans les Auteurs, et le Journal de la Société de Médecine de Paris en contient d'intéressans, auxquels nous pourrions en joindre de nouveaux, recueillis depuis que nous avons communiqué nos réflexions sur cet accident, à cette savante Société. (*Voyez* le Recueil périodique, tom. II, pag. 15, et tom. III, pag. 2.)

mais la source en est différente. Levret en rapporte un exemple à l'occasion de la rupture du cordon ombilical (1), et de la Motte, qu'on ne pourroit suspecter de mauvaise foi ni d'ignorance, assure qu'il a vu couler le sang à travers les mailles des tuniques de la veine qui fait partie de ce cordon, dans un endroit où elle étoit devenue variqueuse (2). Quand on ne trouveroit aucun fait de cette espèce dans les Auteurs, le témoignage de nos sens nous suffiroit pour assurer que le cordon peut se rompre ou se déchirer partiellement avant la naissance de l'enfant, et verser beaucoup de sang dans la cavité des membranes.

Obs. Epanchement de sang dans la cavité des membranes, et entre le placenta et la matrice.

1091. Une femme parfaitement à terme, levant la jambe pour entrer dans une baignoire dont le bord étoit très-haut, ressentit un tiraillement douloureux vers les lombes, et perdit, en peu de minutes, plus d'une palette de sang, le 11 août 1787. Elle se remit au lit, et y passa ensuite quarante-huit heures dans le plus grand repos, sans que la perte reparût : mais pendant ce temps elle pâlit beaucoup, elle s'affoiblit et la matrice acquit un volume évidemment plus considérable. Le sang reparut après ce délai, et les douleurs de l'enfantement se firent sentir. L'état de foiblesse où je trouvai cette femme en arrivant chez elle, le peu de sang qu'elle avoit perdu, et le développement qu'avoit pris la matrice depuis l'époque de la pre-

(1) *Levret*, suite de ses Observations sur la cause de plusieurs Accouchemens laborieux, Observ. XXXV, pag. 199, quatrième édit.

(2) Observation CCXLIX, nouv. édit., tom. II, pag. 725.

mière perte, ne me permirent pas de douter qu'il existât un épanchement intérieur. J'en fis part au mari de cette femme; je ne lui dissimulai pas le danger qu'elle couroit; je lui annonçai qu'on seroit obligé, d'un instant à l'autre, d'opérer l'accouchement, et je le pressai d'appeler M. Trioson, le médecin et l'ami de la famille, qui fut témoin de tout ce qui se fit, et de tout ce qui eut lieu. Le travail de l'accouchement étoit à peine commencé, et l'action de la matrice, encore languissante, n'expulsoit à chaque effort qu'un peu de sang fluide et très-séreux. L'orifice s'étant ouvert de la largeur d'un petit écu, et les douleurs ayant acquis de la force, il sortit de gros caillots noirâtres, mous, et comme putréfiés, qui ne pouvoient s'être formés dans le vagin où j'avois alors le doigt: ce qui fut suivi de plusieurs syncopes. Le bord de l'orifice de la matrice étant très-souple, et bien certain d'ailleurs que l'enfant se présentoit dans une mauvaise position, j'ouvris la poche des eaux. Après ce fluide, qui étoit sanguinolent, des caillots plus abondans, plus gros et plus mous encore que les précédens, furent expulsés, et me parurent sortir évidemment de la cavité des membranes. Une syncope plus effrayante que les autres, suivie de convulsions, me fit craindre de perdre la femme avant de pouvoir la délivrer. L'enfant présentant les lombes, les fesses appuyées sur le côté gauche du bassin, je n'eus aucune peine à en dégager les pieds, et je n'en éprouvai pas davantage à l'extraire. M'apercevant à l'instant où les fesses parurent à la vulve, que le cordon ombilical étoit passé entre les cuisses, et m'é-

diocrement tiraillé, je voulus le relâcher, en faisant descendre le bout qui montoit le long du dos, mais je le vis avec surprise tomber comme de lui-même, au moindre effort que je fis pour le dégager, étant rompu à quelques pouces au-dessus du point où j'avois appliqué les doigts. Nous vîmes clairement, le médecin et moi, que la plus grosse branche du tronc de la veine ombilicale étoit rompue depuis quelque temps, que son extrémité étoit bouchée par un caillot; que les artères paroissoient déchirées plus récemment, ainsi qu'une autre petite branche veineuse; et après la sortie de l'arrière-faix, que ce déchirement s'étoit fait à l'insertion même du cordon au placenta, que le bout du tronc de la veine et ses principales divisions étoient obstrués par du sang coagulé.

L'enfant étoit encore vivant, mais si foible et si décoloré, qu'on douta de pouvoir le conserver; il vécut cependant et fut mis chez une nourrice : il avoit deux circulaires de cordon sur le col.

La mère eut des suites de couches très-alarmantes, et fut atteinte de la miliaire crystalline dès le quatrième jour. Sa convalescence parut s'annoncer du 18 au vingtième, où je cessai de la voir assiduement : mais j'appris dans la suite qu'elle étoit morte au quarantième, de nouveaux accidens étant survenus au trentième jour.

Nous évaluâmes la quantité des caillots que cette femme rendit avant l'accouchement, et en deux fois, à ce que pouvoit en contenir la forme de deux chapeaux ordinaires. Jamais je ne vis perdre autant de sang, sans y succomber à l'instant.

1092. Le diagnostic de ces épanchemens n'est

pas aussi facile que celui des pertes ordinaires : celles-ci ne peuvent être méconnues; mais ceux-là peuvent rester long-temps douteux, s'ils ne s'accroissent pas promptement. Une douleur sourde et profonde, accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans le lieu même de l'épanchement, s'annonce presque à l'instant où il commence, et s'augmente insensiblement avec lui. La région de la matrice sous laquelle se fait cette collection, s'élève à mesure que le sang s'épanche davantage, et tout le corps de ce viscère se développe manifestement en peu de temps, au-delà de ce qu'il le fait en un seul mois et même en deux de grossesse.

1093. L'épanchement ne peut devenir assez grand pour opérer de pareils changemens dans le volume de la matrice, sans que l'action expulsive de celle-ci n'en soit vivement sollicitée : aussi ne tarde-t-elle pas à se faire sentir par des douleurs semblables à celles de l'accouchement, et celui-ci en est-il la suite. Ces douleurs, qui sont le symptôme des contractions de la matrice, quoique foibles alors, chassent le sang en avant, et l'on voit sortir des caillots aussitôt que l'orifice est assez ouvert, si l'épanchement s'est fait derrière le placenta; et seulement après l'ouverture des membranes, quand la collection s'est formée dans leur cavité : dans ce dernier cas, les eaux de l'amnios qui précèdent les caillots sont fortement teintes en rouge.

1094. La nécessité d'opérer l'accouchement sans avoir égard au terme de la grossesse, lorsque la perte de sang est assez abondante pour exposer la

vie de la mère et celle de l'enfant, est reconnue depuis plus de deux siècles; et le précepte de le faire a tellement force de loi parmi les Accoucheurs, qu'on ne sauroit s'en dispenser sans être taxé d'impéritie. Cette pratique, fondée sur la théorie de la cessation des pertes après l'accouchement (1) est confirmée par un grand nombre d'observations. Une longue et trop funeste expérience a prouvé également qu'une heure, et même un instant de retard en bien des circonstances, avoit coûté la vie à la mère et à l'enfant.

1094. Si l'on ne peut se dispenser, dans aucun de ces cas, d'opérer l'accouchement, il n'est pas moins important d'y procéder de la manière la plus douce et la plus avantageuse. La conduite qu'on doit tenir dans les premiers instans est subordonnée à l'intensité de la perte et au temps où elle se manifeste avec force. Quelquefois, au moment où elle s'annonce et se déclare avec abondance, le col de la matrice conserve encore toute son épaisseur et sa fermeté naturelles; et l'orifice à peine entr'ouvert n'admet que difficilement le doigt; d'autres fois, la perte se manifestant plus tard, les parties sont déjà disposées à l'accouchement, ou le travail en est commencé, et même très-avancé.

1095. Dans le premier cas, quelle que soit l'abondance du sang que répande la femme, rien ne sauroit justifier la conduite du Praticien qui s'obstineroit à vouloir opérer l'accouchement sans délai. Il doit se contenter de suspendre ou de mo-

---

(1) Voyez §. 224 et suivant.

dérer l'hémorrhagie, par l'application des liqueurs froides et stimulantes, sur le ventre et les cuisses de la femme; et surtout en tamponnant le vagin, et le col de la matrice même s'il le peut. S'il n'obtient rien de ces moyens, il provoquera les douleurs de l'accouchement, en irritant convenablement le bord de l'orifice de la matrice, et en faisant de fortes frictions sur le ventre, soit avec la main seule, soit avec des serviettes chaudes. Il ouvrira la poche des eaux, si la perte continue malgré ces secours, afin que la matrice se resserre sur l'enfant; et il continuera d'exciter les douleurs jusqu'à ce que le travail soit bien établi.

1096. Lorsque la perte diminue dans la proportion que les douleurs augmentent, on abandonne l'expulsion de l'enfant aux soins de la nature; mais si elle se soutient au point d'affoiblir la femme, il faut achever l'accouchement. On dilate alors graduellement le col de la matrice, en y introduisant les doigts successivement; on déplace la tête de l'enfant, si c'est elle qui se présente, on le retourne, et on l'amène par les pieds.

1097. Si le danger pressant qui naît de la perte, ne s'annonçoit qu'à l'instant du travail où la tête de l'enfant vient occuper le fond du bassin, il faudroit donner la préférence au forceps; en supposant cependant que l'Accoucheur le trouve sous la main, car la gravité de l'accident ne lui accorde pas assez de temps pour se le procurer. A défaut de cet instrument on peut encore dans ce cas, comme dans le précédent, repousser la tête, quoiqu'elle soit aussi avancée, et aller prendre les pieds. (*Voyez* §. 1292 et suivans.)

1098. Le danger étant le même dans tous les cas de pertes abondantes, soit que le sang coule librement au-dehors, soit qu'il s'épanche dans la matrice, il faut se comporter de cette manière; parce que les vaisseaux à découvert ou rompus ne peuvent cesser d'en répandre qu'autant que la contraction ou la réduction de la matrice sur elle-même, aura déterminé un assez grand changement dans leur direction et leur calibre, pour que ce fluide ne les traverse plus qu'avec peine. (*Voy.* §. 555 et suivans.)

1099. Le précepte d'opérer l'accouchement dans le cas d'une grande hémorrhagie par le nez ou par la bouche, ne peut être aussi généralement admis dans tous les temps de la grossesse, que pour les pertes utérines; quand il seroit démontré que cette hémorrhagie n'a d'autre cause déterminante que la forte pression qu'exerce la matrice sur les vaisseaux du bas-ventre, comme nous l'avons remarqué au §. 1082; mais nous n'hésiterons pas à le donner pour le cas où l'accident ne se manifesteroit que dans le temps des efforts de l'accouchement; car il y auroit alors autant d'impéritie à livrer la femme à une longue suite de ces efforts, ou à ne pas l'accoucher, qu'à la laisser succomber à la perte ordinaire.

1100. Il y a d'autres cas où il n'est pas moins important d'opérer l'accouchement que dans les précédens, s'il ne peut se terminer naturellement que par des efforts long-temps soutenus de la part de la femme; c'est quand il existe des anévrismes profonds, comme à l'aorte, aux carotides et aux souclavières, ainsi que nous en avons rencontré

chez plusieurs femmes ; mais c'est alors pour prévenir une hémorrhagie mortelle, et non pour y remédier.

Section II.

Des Convulsions considérées spécialement par rapport à l'accouchement.

1101. Il n'y a point de femmes qui ne puissent être atteintes de convulsions pendant la grossesse et l'accouchement, tant les causes en sont multipliées : mais il en est chez qui elles semblent tellement dépendre de cet état, qu'elles se répètent chaque fois que ces femmes sont enceintes ou qu'elles accouchent.

1102. En quelques cas, les convulsions sont idiopathiques, et l'on n'en connoît pas mieux la cause que les moyens de les dissiper sans retour. Elles reviennent pendant la grossesse comme dans l'état habituel de la vie, et chaque accès ne laisse d'autres suites que celles qu'elles avoient avant que la femme fût enceinte. En d'autres cas, les convulsions ne sont que symptomatiques ou accidentelles, et les causes éloignées n'en sont pas aussi impénétrables que celles des premières.

1103. Ces convulsions peuvent dépendre des grandes et subites impressions de l'âme, de la pléthore sanguine, ou d'une perte excessive, de la plénitude des premières voies, de l'extrême sensibilité de la fibre utérine, de la violente distension du bord de l'orifice de la matrice, et de celle des parties qui forment l'entrée du pudendum, de la déchirure du corps de la matrice ; et, selon quel-

ques Accoucheurs, de la dilatation outre mesure de la cavité de ce viscère, ce qui n'est fondé sur aucun fait incontestable.

1104. Comme le temps de l'accouchement est celui de la grossesse où ces causes se réunissent en plus grand nombre, c'est aussi celui où la femme se trouve le plus souvent atteinte de convulsions. La fibre utérine n'est, en effet, ni plus sensible ni plus irritable en aucun temps de la grossesse, que dans celui de l'accouchement : ces deux propriétés, inhérentes à la fibre musculaire, semblent se développer alors en raison de la force que la matrice doit employer pour vaincre les difficultés qui s'opposent à l'expulsion de l'enfant. C'est le temps où le sang se porte avec le plus d'impétuosité vers le cerveau, parce que c'est celui où la matrice, pressée étroitement par les enveloppes musculeuses du bas-ventre, comprime le plus fortement l'aorte inférieure et ses principales divisions ; c'est le temps où ce fluide est le plus raréfié, celui où il y a le plus de trouble et d'agitation dans l'économie animale, à cause de la violence et de la fréquence des douleurs, etc. De l'état de perturbation que nous observons chez la plupart des femmes, lorsque le travail de l'accouchement est dans sa plus grande force, et surtout le travail d'un premier accouchement, à l'état de convulsions, le passage est rapide.

1105. Le concours de toutes ces causes n'est pas nécessaire pour donner lieu aux convulsions ; une seule suffit. Comme toutes celles dont nous venons de faire mention peuvent agir séparément et à différentes époques de la grossesse, la femme

peut être atteinte de convulsions dans tous les temps de celle-ci. Il y a des cas où la convulsion ajoute à la cause qui l'a produite, et de sorte qu'un premier accès en amène un second, etc.; il y en a d'autres où la cause semble s'éteindre avec son effet, de manière que la convulsion ne reparoît plus.

1106. S'il y a des cas où la convulsion n'est que momentanée, il s'en trouve également où elle devient périodique, et dans lesquels le paroxisme en est très-long. *Levret* fait mention d'une femme chez laquelle ce paroxisme se répétoit tous les jours à la même heure, et duroit vers la fin de la grossesse, jusqu'à dix-huit heures sur vingt-quatre (1). Nous en avons accouché une, qui éprouva des convulsions périodiquement tous les mois, pendant trois grossesses consécutives : elles se manifestoient au temps où les règles avoient coutume de paroître. Elles eurent lieu pendant douze jours de suite, chaque mois de la première grossesse, en augmentant à chaque paroxisme, qui étoit de trois heures et demie vers le milieu du jour, et de trois heures et demie le soir. Elles revinrent aussi périodiquement dans les deux autres grossesses, mais elles durèrent moins de temps, et furent moins fortes; parce que nous avions trouvé le moyen de les calmer, même de les prévenir (2). Des convulsions d'une espèce différente furent tellement périodiques pendant qua-

---

(1) *Levret*, Essai sur l'abus des règles générales, etc., pag. 15.

(2) Voyez §. 1113.

tre jours, chez une autre femme, qu'il n'y eut pas une minute de retard pour le commencement et la durée de chaque accès (1).

1107. Toutes ces convulsions n'ont pas le même caractère; elles n'affectent pas les mêmes organes, et ne troublent pas également l'harmonie des fonctions. Elles offrent quelquefois un spectacle effrayant; elles agitent tous les muscles, même ces réservoirs, ou ces organes que nous regardons comme autant de muscles creux. D'autres fois le visage est tranquille pendant l'accès, et la convulsion n'affecte que les grands muscles, comme ceux du tronc et des extrémités.

1108. Dans le premier cas, l'œil de l'observateur suit avec peine le mouvement des yeux de la femme, l'agitation des muscles de la face, du col, du tronc, et des extrémités; il y a resserrement des mâchoires, et grincement de dents; la bouche est couverte d'écume, et les narines en jettent également; la respiration est accélérée, irrégulière, et se fait avec bruit; quelquefois il y a éjection des urines et des matières stercorales. La roideur du corps et des membres succède à cette agitation, et la femme reste immobile pendant plus ou moins de temps. La respiration plus tranquille alors, continue de se faire avec bruit; la face demeure tuméfiée, et très-rouge; les veines jugulaires paroissent très-grosses, et le battement des carotides est très-fort. La connoissance ne re-

(1) Ces observations intéressantes ne sauroient trouver place ici, à cause des grands détails qu'elles demandent.

vient quelquefois que plusieurs heures et même plusieurs jours après de pareilles convulsions; et la perte de la mémoire, celle de la vue et de l'ouïe subsistent plus long-temps encore. Nous avons vu des femmes qui n'avoient encore aucun souvenir de leur grossesse plus de huit jours après les convulsions, étant accouchées dans l'accès de celles-ci; chez d'autres la lumière n'a fait impression sur l'œil, et l'oreille n'a pu être ébranlée par aucuns sons, pendant trois ou quatre jours.

1109. Quand la convulsion n'affecte que les muscles qui servent aux fonctions animales, et surtout les grands muscles, elle imprime à peine la plus légère altération dans la physionomie de la femme. Si elle s'anime un peu pendant l'accès, elle pâlit ensuite; si la connoissance se perd, elle revient aussitôt, et si elle ne revient pas, l'état où reste la femme après l'accès, ressemble plutôt à un sommeil naturel, qu'à l'état comateux dont on vient de parler; et souvent alors, au moment du réveil, elle reprend la conversation que la convulsion avoit interrompue.

1110. Ces diverses espèces de convulsions ne sont pas également fâcheuses, elles ne troublent pas également le développement de la grossesse et le mécanisme de l'accouchement, et ne demandent pas le même traitement. Il est rare qu'elles ne provoquent pas les douleurs de l'enfantement, quel que soit le terme de la grossesse où elles se manifestent, quand elles sont de l'espèce décrite au §. 1108; et elles les provoquent d'autant plus sûrement, que la grossesse est plus avancée. Quelque chose qu'on fasse contre ces convulsions, l'on

ne peut conserver toutes les femmes qui en sont atteintes, et quelques-unes y succombent. Il n'en est pas de même de celles dont le caractère est indiqué au §. 1109; il est rare qu'elles dérangent la marche de la grossesse, même qu'elles se manifestent dans le cours de l'accouchement, quelque fréquentes qu'elles aient été auparavant. L'accouchement ne se fit que quinze jours avant le terme ordinaire, chez la femme qui fait le sujet de l'observation de *Levret* (1); et il ne s'en falloit que de trois à quatre jours que celle dont nous parlons au §. 1113, ne fût au temps de la dixième révolution de ses règles, lorsqu'elle accoucha de son premier enfant. Cependant les convulsions avoient été constamment des plus fortes chez cette femme; et, dans plusieurs accès où nous la vîmes au huitième mois, le tronc étoit recourbé en arrière, au point que la tête et les pieds, appuyés sur le canapé où elle passoit le temps de ses crises, se touchoient; ce qui se répétoit dix fois et plus dans l'espace du paroxysme, et avec une rapidité que l'œil ne pouvoit suivre.

1111. Les convulsions se déclarent quelquefois sans qu'aucun symptôme les ait annoncées; d'autres fois elles sont précédées de lassitude et de tressaillement dans les membres, d'oppression et d'anxiété, de pesanteur et de douleurs de tête, d'éblouissemens et de bourdonnement d'oreilles, de cécité et de surdité; l'esprit de la femme paroît

---

(1) Essai sur l'abus des règles générales, etc., pag. 15.

inquiet, et l'œil devient hagard, etc. Si ces symptômes ne dénotent, chez quelques femmes, qu'une affection nerveuse, ou bien un état d'hystérie, presque toujours ils sont les indices de la pléthore sanguine; et dans l'un comme dans l'autre cas, on peut prévenir les convulsions.

1112. On emploie utilement les bains, les anti-spasmodiques, les anti-hystériques dans quelques-uns de ces cas, soit pour prévenir, soit pour calmer les convulsions : mais rien ne sauroit remplacer la saignée dans ceux où il y a des symptômes bien prononcés de pléthore sanguine, ou lorsque les convulsions ont donné lieu à l'engorgement du cerveau. Les Auteurs ne sont pas trop d'accord sur le lieu où l'on doit ouvrir la veine : les uns conseillent la saignée du pied, d'autres la saignée du col, et la plupart celle du bras : il seroit important de fixer l'opinion des jeunes Praticiens sur ce point. Nous avons vu les convulsions de l'espèce décrite au §. 1108, ne céder qu'à la saignée de la gorge, après quelques saignées du pied, et celles dont il est fait mention au §. 1109, paroître à la suite d'une saignée du pied, et céder constamment à la saignée du bras. Il y a des circonstances où les évacuans sont indiqués exclusivement.

Obs. Sur les effets de la saignée du bras dans le cas de convulsions.

1113. La femme qui fait le sujet de cette observation, avoit eu des convulsions de l'espèce décrite aux §§. 1106 et 1109, à l'instant même d'une saignée du pied, que la suppression des règles, quelques années avant le mariage, sembloit exiger. Huit à dix gouttes de liqueur minérale anodine d'Hoffman, prises dans une cuillerée d'eau de fleurs d'oranger, lorsque ces convulsions reparu-

rent dans la première grossesse, et au moment du second paroxysme, en rendirent l'accès plus long de moitié qu'il ne l'avoit été la veille; et pareille dose de cette potion administrée le lendemain, le prolongea encore d'autant: de sorte que de trois quarts d'heure qu'il avoit été d'abord, il fut porté à une heure trois quarts, puis à trois heures et demie, tant le matin que le soir : ce qui se soutint ainsi pendant douze jours de chaque mois, jusqu'à la fin de la grossesse, malgré l'usage des bains pendant quatre heures, chaque jour, sans interruption d'un seul, les boissons délayantes, etc. car il fallut renoncer à tous les autres antispasmodiques. La seconde et la troisième grossesses n'auroient pas été moins orageuses, sans la saignée du bras. Les convulsions s'annoncèrent aux mêmes époques, et prirent la même marche : mais dix-huit fois la saignée du bras, et d'une palette de sang seulement, en arrêta les progrès. On ne pouvoit la différer de vingt-quatre heures après le premier accès de chaque mois, que le second accès ne devînt plus fort et plus long : faite pendant l'accès même, il discontinuoit; au moment où les symptômes avant-coureurs l'annonçoient, il n'avoit pas lieu, et les convulsions ne reparoissoient que le mois suivant; de sorte qu'elle eut constamment le même succès, soit qu'on l'employât comme curative ou comme préservative. Cette saignée ne fut pas moins salutaire à la même femme, depuis sa troisième grossesse, la suppression des règles ayant donné lieu au retour de ces convulsions. L'on n'y eut recours qu'après l'emploi de beaucoup d'autres moyens qui les avoient augmentées,

et elle les fit cesser aussitôt : elle eut le même succès deux mois de suite : les règles s'étant bien rétablies, les convulsions ne reparurent plus.

1114. Quoique le danger qui naît des convulsions puisse être aussi grand, en bien des cas, que celui qui provient d'une perte, l'on ne doit cependant pas s'efforcer de provoquer l'accouchement, comme il est utile quelquefois de le faire dans cette dernière circonstance, parce que le succès ne sauroit en être le même. Indépendamment de ce que les convulsions ne dépendent pas toujours essentiellement de la grossesse, et qu'elles ont souvent d'autres causes éloignées que l'accouchement ne sauroit faire disparoître, c'est que les efforts nécessaires pour vaincre les difficultés qui s'opposeroient à celui-ci, ne manqueroient pas d'aggraver ces convulsions, et d'en rendre les suites plus fâcheuses encore. Nous en excepterons les cas où elles ne surviennent que dans le cours du travail même de l'accouchement, et dans un temps où les parties de la femme sont déjà bien disposées pour la sortie de l'enfant. Lorsque ces dispositions naturelles n'existent pas, la violence qu'il faudroit exercer pour mettre en jeu l'action expulsive de la matrice, pour ouvrir le col de ce viscère, pour y introduire la main, pour retourner l'enfant et l'extraire, ne deviendroit-elle pas une nouvelle cause de convulsions, et n'ajouteroit-elle pas au danger qui en paroît inséparable ? Recommandera-t-on d'inciser le col de la matrice pour y pénétrer plus facilement, comme l'ont fait plusieurs Accoucheurs ? Cette proposition ne sauroit passer que pour le fruit d'un instant d'oubli.

1115. Ceux qui ont attribué ces convulsions à la grande distension des fibres utérines dans les derniers temps de la grossesse, n'ont connu de meilleur moyen pour les calmer que celui d'opérer l'accouchement ; et quelques-uns ont pensé qu'il suffiroit, pour les faire cesser, d'évacuer les eaux de l'amnios, de détendre et relâcher convenablement ces mêmes fibres. Sans admettre entièrement leur opinion sur cette cause de convulsions, nous conviendrons que leur pratique a eu quelquefois le succès qu'on s'en promettoit, qu'il y a véritablement des cas où il convient d'évacuer les eaux de l'amnios, d'autres où l'on doit extraire l'enfant, et même inciser le col de la matrice : mais ces cas sont rares, et ne se présentent jamais que les efforts de la nature n'aient déjà commencé le travail de l'enfantement.

1116. En suivant de près ce qui se passe dans le cas de convulsions, on remarque qu'elles n'interrompent pas toujours la marche des douleurs de l'accouchement, soit qu'elles les eussent provoquées, soit que ces douleurs elles-mêmes les eussent précédées. Tous les Auteurs citent des exemples de femmes qui sont accouchées naturellement après plusieurs accès de fortes convulsions, et d'autres dans le moment des convulsions même, soit qu'elles laissassent des intervalles lucides, ou que la perte de connoissance fût permanente. La marche du travail, dans la plupart de ces cas, semble même plus rapide qu'en d'autres, puisque souvent on a trouvé l'enfant entre les jambes de sa mère, quoiqu'un instant auparavant l'on n'eût remarqué presque aucune disposition à l'accouchement.

1117. Il résulte de ces observations, dont nous pourrions augmenter le nombre de beaucoup, qu'il ne faut pas se presser d'opérer l'accouchement quand la nature paroît disposée à le faire d'elle-même, quels que soient le caractère et la force des convulsions; qu'on ne doit l'entreprendre en aucun cas, si le travail n'en est pas déjà commencé; parce que la nature, malgré le désordre de toutes les fonctions, peut opérer en peu de temps ce qu'on n'obtiendroit qu'avec beaucoup d'efforts et de danger, indépendamment de ce que le calme peut encore se rétablir nonobstant le nombre des convulsions qui ont eu lieu; qu'il ne faut employer, en attendant le moment de l'opérer, que les moyens qu'on emploieroit après l'accouchement, si les convulsions persévéroient; enfin, qu'on pourroit, avec raison, accuser de trop de précipitation, en bien des cas, les Praticiens qui se sont conduits différemment, loin de leur attribuer les succès qu'ils se persuadent avoir obtenus. Nous avons donné des soins à plusieurs femmes qui sont accouchées heureusement, et d'un enfant vivant, les unes un mois, et les autres six semaines après plus de vingt accès de convulsions et plusieurs jours de perte de connoissance, pour lesquelles elles avoient été saignées du bras, du pied et de la gorge, et on avoit employé les sangsues, les bains, les émétiques, les vésicatoires; et à d'autres femmes dont l'enfant, victime de ces longs accès de convulsions, n'a été expulsé que six semaines et même deux mois après : ces femmes se portant alors assez bien.

1118. Les convulsions qui ne se manifestent

que dans le cours du travail de l'accouchement, n'ayant souvent d'autres causes que l'excès de la douleur, que l'extrême sensibilité qu'acquièrent alors les fibres de la matrice, que le tiraillement qu'éprouvent celles du col de ce viscère lorsqu'il s'ouvre difficilement, de même que les parties extérieures; que le volume du sang, augmenté par la chaleur que développent des efforts suivis, que l'engorgement des vaisseaux du cerveau, etc. *Voyez* §. 1104, semblent exiger des secours différens, et demander moins de délai pour l'accouchement. Si elles se soutiennent avec perte de connoissance, après une ample saignée, on ouvrira la poche des eaux, afin de diminuer le volume de la matrice, d'en relâcher la fibre, d'en calmer l'excès de sensibilité et d'irritabilité qui ne sont alors portées à ce point qu'accidentellement; et bien plus, pour affoiblir la compression que ce viscère exerce sur l'aorte inférieure, et rappeler ainsi le sang en plus grande quantité dans les vaisseaux du bas-ventre et des extrémités. On opérera l'accouchement complètement, si les convulsions subsistent avec la même force après l'administration de ces premiers secours, à moins qu'il ne paroisse disposé à se faire promptement.

1119. Il y a des cas où l'on ne peut se dispenser de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds; parce qu'il se présente de manière à ne pouvoir venir naturellement, ou à ne pouvoir être extrait différemment; il faut alors y procéder immédiatement après l'écoulement des eaux, soit que les convulsions subsistent ou non. Il est d'autres cas où il seroit préférable de l'amener avec le for-

ceps, si on pouvoit se le procurer de suite; et l'éloignement de la tête du fœtus ne sauroit être un motif d'exclusion pour cet instrument, que lorsque la main obligée de le diriger dans cette circonstance pressante, n'est pas suffisamment exercée. Il en existe aussi où la tête est tellement engagée à l'instant où le danger de différer l'accouchement s'annonce, qu'on n'a plus aucune raison d'option entre ces deux méthodes, l'application du forceps étant la seule indiquée; excepté quand l'enfant est mort, pouvant alors y substituer le crochet. Il s'en rencontre également où l'on est obligé d'inciser le bord de l'orifice de la matrice, dont les fibres ne sauroient s'étendre au-delà de ce qu'elles l'ont déjà fait, ni se déchirer; soit parce qu'elles sont trop sèches et trop rigides, comme on le remarque spécialement chez quelques femmes avancées en âge, au temps où elles font leur premier enfant, soit parce que cette partie de la matrice est dure et squirrheuse. Mais ces cas sont bien différens de ceux pour lesquels nous avons rejeté jusqu'à l'idée d'un pareille opération.

Obs. Sur la section du bord de l'orifice de la matrice.

1120. M. *Dubosc*, Professeur au Collége de Chirurgie de Toulouse, a fait part à l'Académie royale de Chirurgie, en 1781, d'une observation des plus intéressantes dans laquelle on voit que la conservation de la femme a été le fruit de la section du bord de l'orifice de la matrice. Agée de quarante ans, et grosse de son premier enfant, cette femme souffroit depuis trois jours, et éprouvoit des convulsions dès le second : sa figure étoit méconnoissable, dit M. *Dubosc*, et d'une pâleur

affreuse ; son pouls foible et presque éteint, ainsi que sa voix ; ses yeux, caves et mornes, paroissoient mourans ; une sueur visqueuse recouvroit toute l'habitude du corps, et les extrémités étoient froides ; elle étoit sans connoissance, et ne pouvoit avaler une seule goutte de liquide ; le bord de l'orifice de la matrice, ouvert de la largeur d'un écu de six livres, étoit dur, tendu et comme calleux. L'accouchement se fit spontanément, trois ou quatre minutes après la section de cette partie : l'enfant étoit mort, mais le calme se rétablit aussitôt chez la mère, et elle eut des suites de couches heureuses.

Section III.

Des Syncopes, de l'épuisement des forces de la femme, et autres causes énoncées au §. 1080 ; *spécialement de la sortie du cordon ombilical.*

Des syncopes.

1121. Les syncopes, ou les défaillances, qui se répètent fréquemment dans le cours du travail, quoiqu'on ne puisse en déterminer précisément la cause, ainsi que la foiblesse générale ou l'épuisement qui ôte à la femme le pouvoir d'exercer des efforts suffisans pour se délivrer, doivent nous engager à terminer l'accouchement, afin d'en prévenir les suites souvent fâcheuses.

Obs. Sur les syncopes.

1122. Une femme, du nombre de celles qui se prêtoient à l'instruction de mes élèves, en 1774, après de grandes agitations convulsives de la part de son enfant, dans le commencement du travail de l'accouchement, éprouva de fréquentes défail-

lances, suivies d'un vomissement abondant et d'une diarrhée copieuse, pendant deux heures, et mourut environ quinze heures ensuite, dans un troisième accès de syncopes, avant d'être accouchée. On trouva une pierre de la grosseur d'une petite noix, dans la vésicule du fiel; l'épiploon roulé sous forme de corde et fortement adhérent à la partie inférieure et latérale droite de la matrice, de sorte que l'estomac et l'arc du colon en étoient singulièrement tiraillés, comme on le remarque souvent à la suite de l'opération du bubonocèle où l'on a retenu l'épiploon dans l'anneau.

De la lenteur et de la foiblesse des douleurs.

1123. L'extraction de l'enfant est également préférable aux soins inutiles qu'on se donne pour ranimer les douleurs languissantes, à la suite d'un travail si long et si pénible que la matrice conserve à peine la faculté de se contracter, ou se trouve dans une disposition plus ou moins grande à l'inflammation.

Obs. Sur les suites fâcheuses d'une hernie.

1124. Si l'existence d'une hernie irréductible, soit inguinale ou autre, n'exige pas toujours qu'on opère l'accouchement, l'expérience nous a appris qu'il étoit prudent au moins de le faire quelquefois, pour empêcher que cette hernie ne devienne plus considérable par l'issue d'une nouvelle portion d'intestin, et qu'elle ne s'étrangle à la suite des efforts de la femme. Nous fûmes témoins des funestes suites d'un pareil accident, vers le milieu de novembre 1774. Une anse d'intestin, dans les efforts de l'accouchement, s'insinua à travers une masse d'épiploon de la grosseur d'un œuf de poule, qui formoit depuis neuf ans une hernie ombili-

cale, et s'y étrangla. La femme éprouvoit déjà les accidens de cet étranglement depuis la veille, lorsqu'on nous appela ; et ces accidens, bien plus que l'impossibilité apparente où elle étoit de se délivrer seule, nous engagèrent à terminer l'accouchement. Malgré cela l'on ne put faire la réduction, non de l'épiplomphale qui avoit toujours paru irréductible, mais de l'anse d'intestin nouvellement sortie, et l'on ne jugea pas à propos de tenter l'opération; de sorte que la femme mourut du deuxième au troisième jour de ses couches.

De l'obliquité de la matrice.

1125. L'obliquité de la matrice, quoique très-ordinaire, rend l'accouchement si rarement impossible sans les secours de l'art, et il est en général si facile de corriger cette situation vicieuse et d'en prévenir les effets, lorsqu'on est appelé de bonne heure, que ce seroit pour ainsi dire à regret que nous la compterions parmi les causes des accouchemens contre nature, s'il ne falloit pas réveiller, sur ce point, l'attention des jeunes Praticiens toujours médiocrement instruits, et leur faire connoître tout ce qui peut donner lieu à ces sortes d'accouchemens. (*Voyez* la section où l'on traite de l'obliquité, pag. 139, §. 274 et suiv.)

De la contraction du col de la matrice sur celui de l'enfant.

1126. Il arrive quelquefois, quoique bien rarement cependant, que le resserrement du col de la matrice sur celui de l'enfant, s'oppose assez fortement à la descente des épaules pour rendre l'accouchement impossible sans les secours de l'art. L'expérience nous a démontré que c'étoit plus rarement encore l'orifice externe qui se contractoit aussi fortement sur le col de l'enfant, que le cercle qui en constitue l'orifice interne dans l'état natu-

rel. Dans le premier cas, la tête ayant franchi l'orifice, est entièrement dans le vagin ; dans le second, elle est encore enveloppée du col de la matrice, et cet orifice la ceint en manière de couronne, à une hauteur plus ou moins grande.

1127. Si l'obstacle qu'on attribue à la contraction du bord de l'orifice externe de la matrice sur le col de l'enfant, étoit aussi fréquent et aussi réel qu'on pourroit l'imaginer d'après la lecture de quelques Auteurs, il faudroit s'en affliger, car on ne peut comprendre le mécanisme par lequel cette contraction s'oppose à l'accouchement, sans être forcé d'avouer qu'il est extrêmement difficile d'y remédier, au moins le plus souvent. La tête de l'enfant occupant la cavité du bassin, ne permet pas d'insinuer la main pour aller dilater cet orifice, et l'on ne peut, sans de grands inconvéniens, la repousser au-dessus du détroit supérieur, pour opérer cette dilatation et aller prendre les pieds (1) ; et, d'un autre côté, si on essaie de l'extraire avec le forceps, les épaules ne peuvent la suivre que très-difficilement. Le resserrement de l'orifice interne de la matrice sur le col de l'enfant, se remarque plus souvent que le précédent. S'il peut, en quelques cas, apporter autant d'obstacles à l'accouchement que celui de l'orifice externe, il est en général bien plus facile de les vaincre, et il n'en résulte pas les mêmes inconvéniens ; parce que la tête se trouvant alors moins engagée et constamment encore dans la matrice, peut être repoussée au-dessus du bassin : ce qui

(1) Voyez §. 1210.

permet d'avancer la main sous le cercle utérin dont il s'agit, et de le dilater (1).

Des obstacles dépendans de la présence d'un second enfant.

1128. L'observation a prouvé plus d'une fois que la présence d'un second enfant pouvoit apporter à la sortie du premier, des obstacles insurmontables aux agens naturels de l'accouchement; soit parce que l'un et l'autre tendent à s'engager en même temps; soit parce que leur position respective est telle, que la matrice ne peut agir assez immédiatement sur celui qui se présente bien, pour l'expulser; comme il arrive, surtout quand l'un d'eux est placé en travers, et l'autre selon l'axe du bassin (2).

---

(1) Nous n'avons été appelé qu'une seule fois à l'occasien du resserrement de l'orifice externe de la matrice sur le col de l'enfant. La tête de cet enfant occupoit le fond du bassin depuis plus de soixante heures; on l'avoit écrasée avec le forceps, et le crochet employé ensuite n'avoit servi qu'à en arracher quelques pièces; la trouvant affaissée et son volume suffisamment diminué, j'avançai la main à côté de la base du crâne, pour dilater le col de la matrice, je retournai l'enfant et j'en dégageai les pieds. L'autre cas s'est présenté plusieurs fois dans le cours de ma pratique, et j'en ai recueilli des observations intéressantes. Parmi celles qui m'ont été communiquées, quelques-unes prouvent également jusqu'à quel point ce resserrement du col utérin peut mettre obstacle à l'accouchement : puisqu'à l'ouverture du cadavre, on a été obligé d'inciser cette partie de la matrice pour en extraire le fœtus, l'orifice externe étant bien ouvert, et le bassin d'une belle conformation.

(2) Voyez la quatrième partie de cet ouvrage, à l'article qui fait mention des jumeaux.

1129. L'union de ces enfans au moyen de quelques-unes de leurs parties, soit dures ou molles ; certains vices de conformation par addition, comme la présence de deux têtes sur un même tronc, ou de deux troncs pour une seule tête, l'hydropisie du bas-ventre, celle de la tête, etc. sont encore autant de causes qui rendent l'accouchement contre nature, difficile ou laborieux (1).

De la sortie du ocrdon ombilical.

1130. L'issue du cordon ombilical, au moment de l'ouverture des membranes, a toujours été considérée comme un accident très-grave pour l'enfant ; soit parce que le contact de l'air refroidit ce cordon et y diminue le mouvement du sang, soit parce que la compression qu'il éprouve dans la suite peut y intercepter entièrement le cours de ce fluide.

Danger qu'il y auroit de suivre aveuglément la routine accréditée dans ce cas.

1131. Cet accident est à craindre, sans doute; mais le précepte de terminer l'accouchement aussitôt, en retournant l'enfant ou autrement, ne le deviendroit pas moins, si on le donnoit sans restriction pour tous les cas où le cordon s'échappe ainsi de la matrice : car tel enfant est mort pendant qu'on le tiroit par les pieds, et auroit pu naître vivant, malgré l'issue du cordon, si l'on avait confié son expulsion aux soins de la nature.

1132. Il ne faut rien entreprendre dans ces sortes de cas, qu'on n'ait bien examiné la marche de la nature et les effets qu'éprouve le cordon ombilical; car souvent après l'issue des eaux qui l'ont

---

(1) Voyez de même la quatrième partie de cet ouvrage, où l'on parle des monstruosités de l'enfant.

entraîné, l'expulsion de l'enfant est plus prompte que ne le seroit son extraction ; et en suivant le précepte donné trop généralement, on ajouteroit au danger qui est quelquefois inséparable de l'action de retourner et d'amener cet enfant par les pieds, celui d'une plus longue compresssion du cordon.

1133. Toutes les fois, d'ailleurs, que le cordon précède la tête de l'enfant et se présente en premier lieu, il n'éprouve pas une assez forte compression pour que la circulation y soit anéantie ; et l'on peut en quelques cas soustraire l'anse qui pend au dehors au contact de l'air, de manière qu'il n'en soit pas refroidi, non pas en l'enveloppant d'un linge, comme nous l'avons trouvé enveloppé plusieurs fois, mais en repoussant cette ansé dans le vagin. Avec cette précaution, et celle de placer le cordon vers l'un des côtés du détroit supérieur, chez une femme très-contrefaite, et par cela même dans l'impossibilité d'accoucher naturellement, la compression de ce cordon fut si foible, que nous comptâmes encore plus de cent quinze pulsations dans les artères ombilicales, pendant chaque minute, environ dix heures après son issue (1).

(1) Cette observation a été faite dans un cas particulier qui ne sauroit servir à établir aucune règle. La femme n'éprouvoit que de foibles douleurs, et la conformation de son bassin ne permettoit pas à la tête de l'enfant de s'y engager. Cet enfant mourut dix ou douze heures après la sortie du cordon, ce qui nous autorisa à le mutiler, c'est-à-dire, à vider le crâne, pour l'extraire : la femme n'ayant pas voulu se soumettre à l'opération césarienne, pendant qu'il étoit vivant, quoiqu'elle fût parfaitement indiquée.

1134. Tant que ces pulsations seront libres, si la tête de l'enfant s'engage facilement, on doit attendre, à moins que d'autres raisons ne déterminent à opérer : l'accouchement se fera heureusement, ou bien la tête se rapprochera des parties extérieures, de manière à pouvoir être prise aisément et extraite avec le forceps; ce qui vaut mieux dans tous les cas où elle s'est autant engagée, que de retourner l'enfant. On suppose que l'Accoucheur est muni de cet instrument, car la circonstance n'accorde pas toujours assez de temps pour se le procurer.

1135. Le risque que court l'enfant dont le cordon est sorti, n'est jamais plus grand que quand le bassin de la mère est un peu resserré, puisque la pression que doit y éprouver ce cordon est alors plus forte. Cette circonstance, qui semble autoriser à suivre la route prescrite, ne fait cependant qu'ajouter aux écueils qu'elle présente naturellement; car il y a bien plus de danger alors à extraire l'enfant par les pieds que quand le bassin est bien conformé : soit qu'on entreprenne de le retourner et de l'extraire de cette manière, soit qu'on abandonne l'accouchement aux efforts de la nature, sa mort paroît également inévitable dans le cas dont il s'agit.

1136. La sortie du cordon ne présente aucune indication particulière, quand il est froid, sans pulsation, ou putréfié; l'enfant étant déjà mort, il faut laisser à la nature le soin de s'en délivrer; le cordon, par lui-même, ne pouvant s'y opposer, quoiqu'il forme une anse à l'extérieur.

1137. Si le cordon ne met pas directement ob-

stacle à l'accouchement dans les cas énoncés, c'est-à-dire, s'il ne peut ni retarder la marche de la tête, ni en empêcher la sortie, beaucoup d'Accoucheurs sont encore dans l'opinion qu'il s'y oppose, quand il est naturellement très-court, ou bien lorsque, plus long, il se trouve entortillé sur le col de l'enfant. Ils pensent qu'il retient la tête et l'empêche de sortir ; que s'il lui permet de descendre un peu pendant la douleur, il la retire aussitôt après, de sorte qu'on la voit remonter autant de fois qu'elle s'avance. Mais ce retour de la tête vers la cavité du bassin après chaque douleur, ne dépend que de la réaction des parties qui constituent le périnée, de l'élasticité des tégumens, de la contraction des muscles constricteurs du vagin, des releveurs de l'anus, et autres compris dans l'épaisseur de cette espèce de pont et celle des grandes lèvres. L'élasticité du crâne même y contribue peut-être aussi pour quelque chose ; et l'entortillement du cordon ombilical sur le col de l'enfant n'y entre pour rien. Cette vérité est si frappante, qu'elle n'a pas besoin de preuves, et ceux qui en exigeroient se montreroient en cela même disposés à n'en admettre aucune.

1138. Quand l'observation même des Praticiens qui ont adopté sur ce point une autre opinion que la nôtre, ne nous découvriroit pas la source de leur erreur, les plus simples notions du mécanisme de l'accouchement suffiroient pour nous la faire connoître, et nous mettre dans le cas d'assurer que l'effet qu'ils ont attribué à l'entortillement du cordon sur le col de l'enfant, provient de toutes les causes énoncées au §. précédent. Si ce que nous

venons d'exposer ne laisse pas entrevoir la proscription de tous les moyens qu'ils ont proposés pour terminer l'accouchement, quand la tête continue de rentrer après chaque douleur, on y découvre au moins sur quels principes on doit y avoir recours (1).

1139. C'est d'ailleurs sans aucune raison solide, et le plus souvent à faux, qu'on soupçonne cette disposition, soit naturelle ou accidentelle du cordon ombilical. On ne peut reconnoître, avant la sortie de l'enfant, si ce cordon est très-court ou très-long ; et ce n'est qu'après l'issue de la tête qu'on peut voir s'il est entortillé sur le col. Ce n'est aussi que dans ce moment que cette disposition exige l'attention de l'Accoucheur ; car elle ne peut nuire plus tôt ni à la mère ni à l'enfant (2), à moins qu'elle ne donne lieu à la rupture des vaisseaux ombilicaux, ou au décollement du placenta, comme on l'a remarqué ailleurs.

---

(1) *De la Motte* assure avoir coupé le cordon qui étoit contourné sur le col, en dirigeant sous l'un des circulaires, la pointe d'une paire de ciseaux très-alongés, au moyen d'une main introduite le long du sacrum de la femme et de la face de l'enfant, et que l'accouchement se termina aussitôt qu'il en eût fait la section. (*Voyez* Observation CLIV, page 479.) Quel sera l'Accoucheur de nos jours, qui ne verra dans cette délivrance inopinée, que l'effet de la section du cordon, et qui n'y reconnoîtra pas uniquement celui de la dilatation forcée des parties extérieures, pour parvenir à faire cette section ? Aucun praticien n'a peut être suivi l'exemple de *de la Motte*, mais rien n'est plus commun que d'entendre parler de l'application du forceps, pour vaincre des obstacles qu'on n'attribuoit qu'au cordon ombilical.

(2) Voyez §. 523.

ARTICLE II.

Des Signes qui annoncent que l'accouchement sera contre nature; des Indications qu'il présente, et de quelques Préceptes généraux qui y sont relatifs.

Section première.

Des Signes et des Indications générales des accouchemens contre nature.

1140. L'accouchement contre nature s'annonce par des douleurs dont la cause, la marche et les effets ne diffèrent en rien de ce que nous offre l'accouchement le plus naturel. Les signes qui le caractérisent se déduisent des accidens qui compliquent le travail, de la situation de l'enfant, et de l'existence de l'une ou de plusieurs des causes dont il a été fait mention ci-devant.

Signes de l'accouchement contre nature.

1141. On distingue aisément les cas où la femme éprouve une perte, des convulsions, ou tout autre accident, de ceux où le travail de l'accouchement n'est compliqué d'aucune de ces causes; mais ce n'est que par le toucher qu'on reconnoît la situation de l'enfant. Si l'on y parvient quelquefois sans peine, même avant l'ouverture de la poche des eaux, quelquefois aussi l'on n'acquiert cette connoissance qu'avec beaucoup de difficulté, comme on le verra dans la suite. Ne pouvant exposer ici les signes caractéristiques des diverses positions que l'enfant est susceptible de prendre à l'orifice de

la matrice, ni établir le diagnostic et le pronostic de chacune des espèces d'accouchemens contre nature, nous ne les indiquerons que dans la suite, lorsque nous parlerons de chacune d'elles.

Indications.

1142. Ces accouchemens présentent des indications générales et de particulières. Les premières consistent tantôt à retourner l'enfant et à l'amener par les pieds; tontôt à changer certaines positions de la tête pour en procurer une meilleure, à corriger la marche défectueuse que suit quelquefois cette partie en s'engageant dans le bassin, ou simplement à repousser une extrémité dont la présence l'empêche de s'engager: mais les indications particulières sont différentes selon la situation de l'enfant, la partie qu'il offre à l'entrée du bassin et les circonstances qui déterminent à opérer.

Section II.

De la situation qui convient à la femme dans l'accouchement contre nature.

1143. Dans ce cas comme dans tous les autres, la situation de la femme est assez indifférente avant le moment d'opérer l'accouchement, à moins que quelques circonstances accidentelles n'obligent de lui en prescrire une plutôt qu'une autre; mais il n'en est pas de même dans le moment où il faut opérer.

De la situation qu'il faut donner à la femme.

1144. La femme doit être couchée sur le dos et presque horizontalement; ayant les fesses au bord du lit, de manière que le coccix et le périnée ne soient point appuyés; les cuisses et les jambes à

demi-fléchies, et les pieds soutenus par des aides, ou posés sur deux chaises placées convenablement.

1145. Une couchette ordinaire devient alors préférable au lit de sangle, dont on se sert communément dans l'accouchement naturel. On doit même préférer à toute autre celle qui est d'une moyenne largeur, et faire en sorte que les colonnes n'en soient pas montées sur des roulettes, tant pour la sûreté de la femme, que pour la commodité de l'Accoucheur et des aides. Cette couchette étant garnie de sa paillasse et de plusieurs matelas, on met un coussin solide sous l'extrémité de ceux-ci, pour que les fesses de la femme s'y enfoncent moins et qu'elles y soient plus stables; on recouvre le bout de ce lit de quelques draps pliés en forme d'alèzes, et on place les oreillers vers le milieu. Au défaut de cette couchette, on place la femme sur le bord de son lit ordinaire, ou bien sur le lit de sangle, dont on a soin d'appuyer le bout sur des chaises convenablement disposées pour qu'il ne fasse pas la bascule quand la femme y sera placée.

Aides qui sont nécessaires pour fixer la femme.

1146. La femme étant couchée comme on vient de le dire, on la recouvre d'un drap, et d'une couverture si la saison l'exige, pour la défendre du froid et ne pas l'exposer nue aux yeux des assistans et de l'Accoucheur même, à qui le tact, en pareil cas, est d'un bien plus grand secours que la vue. Deux aides, d'une main appuyée sur les genoux, et de l'autre sur les pieds, fixeront les extrémités inférieures de cette femme, et les écarteront convenablement; un troisième, si cela

est nécessaire, se placera derrière les épaules pour la retenir de ce côté et l'empêcher de descendre ou de se retirer vers le haut; et un quatrième fournira les choses dont on aura besoin. Nous ferons observer qu'il y a bien peu de femmes qui n'aient assez de courage pour dispenser de cette multitude d'aides, et que deux suffisent.

1147. Nous ne voyons pas l'utilité de ces positions incommodes et bizarres que des Accoucheurs ont conseillé de faire prendre à la femme dans quelques cas; comme de la faire placer sur les coudes et sur les genoux, le ventre tourné vers le lit, etc. La situation que nous venons de prescrire convient également dans tous, et a l'avantage de pouvoir être gardée plus long-temps.

Section III.

Préceptes généraux relatifs aux accouchemens contre nature.

Du temps où il est nécessaire de savoir si l'enfant est bien ou mal situé.

1148. Lorsqu'on n'a reconnu qu'imparfaitement la situation de l'enfant à l'orifice de la matrice, si l'absence des signes qui caractérisent la tête fait soupçonner que cette situation n'est pas favorable, il faut attendre le moment de l'ouverture de la poche des eaux, pour dissiper le doute qui reste à ce sujet, et s'en assurer de la manière la plus certaine.

De l'instant le plus favorable pour opérer.

1149. Rien n'invite, avant cette époque, à terminer l'accouchement que la mauvaise situation de l'enfant rend contre nature, si ce n'est cependant lorsque la femme éprouve quelqu'un de ces

accidens graves dont il a été fait mention ci-dessus, mais tout délai un peu long, après ce moment, est contraire aux principes de la saine pratique, et les suites qui peuvent en résulter obligent quelquefois de différer encore l'accouchement, pour satisfaire aux vues particulières et pressantes qu'elles prescrivent.

1150. En opérant l'accouchement dès le premier instant où l'on a pu reconnoître la mauvaise situation de l'enfant, on doit craindre de jeter la matrice dans l'inertie, en la débarrassant avant qu'elle ne soit en état de se contracter fortement, ou bien de l'irriter par les violences qu'il faudroit exercer pour en ouvrir le col, s'il ne l'étoit déjà convenablement, de déchirer le bord de l'orifice, le vagin même dans le lieu de sa jonction avec celui-ci. D'un autre côté, l'engorgement et l'inflammation de la matrice pouvant être la suite des efforts inutiles auxquels on abandonne ce viscère après l'évacuation des eaux, ne paroîtront pas moins à redouter que ces premiers accidens.

1151. Le moment le plus favorable pour opérer l'accouchement, est celui où la dilatation de l'orifice de la matrice est complète; celui de l'ouverture spontanée des membranes quand elle se fait à propos. Il faut attendre ce moment lorsqu'on est appelé auparavant; mais si l'on arrive beaucoup plus tard, il faut opérer avec le moins de délai possible, à moins que la forte contraction des parois de la matrice sur le corps de l'enfant, l'éréthisme, ou l'état inflammatoire de ce viscère, ne s'y opposent : car il est alors nécessaire avant tout, de détendre et de relâcher les parties trop

contractées, de diminuer l'engorgement des vaisseaux, et de combattre, autant qu'il est possible, la disposition inflammatoire.

1152. Le cas où l'Accoucheur est appelé quelque temps après l'ouverture spontanée de la poche des eaux, n'est pas le seul où il ne puisse profiter de l'instant indiqué pour retourner l'enfant; souvent dans le moment où se fait la rupture des membranes, l'accouchement s'annonce encore sous les plus belles apparences, et les accidens qui doivent déterminer à l'opérer ne se manifestent que plus tard. Mais alors, si c'est la tête de l'enfant qui se présente, comme elle le fait presque toujours, elle s'engage plus ou moins dans le fond du bassin, et peut être extraite facilement avec le forceps; de sorte que l'accouchement diffère peu de celui qui est naturel.

1153. L'on est encore forcé de laisser échapper le moment qui auroit été le plus favorable, à certains égards, pour retourner l'enfant, lorsque la poche des eaux se déchire au commencement du travail, et avant que le col de la matrice ne se soit assez relâché et assez ouvert pour le passage de la main de celui qui doit opérer.

De l'utilité de la saignée, etc., dans l'accouchement contre nature.

1154. Dans ce dernier cas, comme dans celui qui est énoncé à la fin du §. 1151, souvent on est obligé d'employer la saignée, les injections émollientes et mucilagineuses, les bains et les fumigations humides, pour affoiblir la roideur du col de la matrice et en faciliter l'ouverture, même de dilater méthodiquement avec les doigts.

1155. Aussitôt que le moment d'opérer est indiqué, soit par la nature des circonstances,

soit par l'état du travail, l'accoucheur doit faire mettre la femme dans la situation prescrite au §. 1144.

Précautions préliminaires pour introduire la main.

1156. Lorsqu'il s'agit de porter la main dans la matrice pour opérer l'accouchement, quelques Praticiens sont encore dans l'usage de s'attacher un tablier, de se découvrir les bras jusqu'aux aisselles, même de se les garnir de fausses manches, etc.; mais ces précautions, la plupart inutiles, inspirent toujours à la femme plus de crainte que de confiance, et nous en avons trouvé qu'un appareil moins effrayant a jetées dans un état d'anxiété et d'accidens difficiles à calmer.

1157. S'il est nécessaire de se découvrir les bras pour retourner l'enfant, il convient de ne le faire qu'autant que la main pénètre dans la matrice. Des linges placés sur l'une des chaises qui soutiennent les pieds de la femme, serviront à l'Accoucheur pour se garantir du sang et des eaux qui découlent de la matrice, et pour s'essuyer la main toutes les fois qu'il la retirera de ce viscère, afin de ne pas l'exposer teinte de sang aux yeux de la femme et des assistans.

1158. On doit toujours agir et opérer de sang froid, et paroître tranquille, même dans les cas où il y a le plus de danger, afin de ne point augmenter l'inquiétude de la femme, pour qui le moindre embarras, le moindre propos et le plus petit geste de notre part sont alors comme autant de bouches qui semblent lui annoncer sa perte.

1159. Avant d'introduire la main, il faut la tremper dans un mucilage quelconque, l'enduire de beurre ou de tout autre corps gras, pour que

l'introduction s'en fasse plus aisément, et excite moins de douleur. Cette précaution, toujours utile à la femme, peut en quelques cas le devenir à l'Accoucheur, et spécialement dans celui où la femme est atteinte du virus vénérien, où ses parties sont ulcérées, etc.

De la manière d'introduire la main et du temps de le faire.

1160. On doit toujours agir lentement en opérant, remuer peu la main, et choisir le moment le plus favorable pour la faire pénétrer. Quand les parties extérieures de la femme sont étroites, on y introduit successivement les doigts, de sorte que les premiers, en dilatant un peu, préparent la voie aux autres. Le temps de la douleur est celui qu'il faut choisir pour avancer la main dans le vagin; parce que la femme se livrant alors à quelques efforts, et poussant un peu en en-bas, la fait, pour ainsi dire, entrer d'elle-même.

1161. S'il paroît utile de préférer le moment de la douleur à celui du calme, pour faire pénétrer la main dans le vagin, il est bien important de n'agir que pendant cet instant de calme, pour la faire entrer dans la matrice, et de ne lui faire faire alors aucun mouvement pendant la contraction de celle-ci, ou quand la douleur a lieu; parce que les parois de ce viscère embrassant plus fortement l'enfant, et étant bien plus tendues lorsqu'il se contracte, résistent davantage, et sont plus exposées à se déchirer.

1162. L'on ne sauroit agir avec trop de lenteur et de ménagement pour dilater le col de la matrice, surtout lorsqu'il conserve un peu d'épaisseur, et qu'il n'est pas encore d'ailleurs très-souple; crainte de le déchirer dans l'endroit de

son union avec le vagin, où de plus grands efforts exerceroient presque entièrement leur action.

Des obstacles qui retardent cette opération.

1163. Quoique la main ait déjà franchi ce premier pas, souvent on est obligé de la retirer plusieurs fois de la matrice avant de pouvoir atteindre aux pieds de l'enfant, surtout lorsqu'il y a longtemps que les eaux sont écoulées et qu'on ne procède pas avec la plus grande méthode; parce qu'elle est tellement serrée pendant la contraction de ce viscère, ou la douleur, qu'elle s'engourdit, ou éprouve des crampes douloureuses, au point de perdre la faculté d'agir ou de bien faire.

1164. Pendant tout le temps qu'on met à introduire cette main, et à retourner l'enfant, l'autre main doit être appliquée extérieurement au-dessus du fond de la matrice, soit pour fixer ce viscère, soit pour changer sa direction au besoin, et faire certaines pressions que des circonstances plus difficiles à déterminer ici qu'à saisir auprès de la femme, rendent quelquefois nécessaires.

1165. Les deux mains ne conviennent pas toujours également pour aller prendre les pieds de l'enfant et le retourner : s'il est des occasions où l'on puisse s'en servir indifféremment, il en est beaucoup plus qui exigent l'une d'elles, et non pas l'autre. Le choix qu'on en doit faire tient à la situation particulière de l'enfant; et de ce choix dépend souvent la facilité, et le succès même de l'opération.

1166. La direction que la main doit suivre, la position qu'elle doit garder en avançant dans la matrice, et l'étendue qu'elle doit parcourir, doi-

vent être variées selon la situation de l'enfant et la partie qu'il présente, de sorte qu'on ne peut donner ici que des règles générales.

1167. On doit toujours l'insinuer par l'endroit le plus facile et le plus sûr pour parvenir aux pieds de l'enfant. Quelquefois c'est en suivant l'un des côtés de la matrice; d'autres fois, en la dirigeant le long de la partie postérieure de ce viscère, ou bien sous l'une de ses parties latérales et antérieures.

Sens dans lequel on doit ramener les pieds de l'enfant, quand on le retourne.

1168. Lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant, il faut constamment en ramener les pieds sur sa surface antérieure, afin de recourber le tronc de plus en plus dans ce sens, et de lui faire décrire un arc beaucoup moins alongé dans la matrice. L'on ne doit jamais tirer sur ces extrémités, de manière à renverser l'enfant en arrière, ou à faire subir à l'épine des inflexions ou contorsions dangereuses.

1169. Quoiqu'on puisse, en bien des cas, retourner l'enfant, et l'extraire en tirant sur un seul pied, il vaut cependant mieux prendre les deux, parce que l'accouchement en deviendra plus facile. Cette précaution est d'ailleurs quelquefois si nécessaire, que sans elle on arracheroit plutôt le premier pied que de faire avancer l'enfant. Souvent, à la vérité, il est difficile d'entraîner l'une et l'autre de ces extrémités en même temps; parce qu'étant enduites, ainsi que la main qui opère, d'humeurs glaireuses et sanguinolentes, on ne peut les fixer à la fois, et que l'une des deux échappe aisément: alors, aussitôt qu'on a amené l'un des pieds à l'entrée du vagin, on y

applique un lacs pour le retenir pendant qu'on va prendre l'autre.

Du temps où il faut retourner l'enfant.

1170. On ne doit jamais s'efforcer de retourner l'enfant pendant la douleur, parce qu'il est alors plus étroitement serré dans la matrice, et ne peut y rouler aussi aisément : mais, autant que cela est possible, il faut attendre ce moment pour l'extraire, dès que les pieds sont sortis et que la tête s'est éloignée suffisamment du détroit supérieur, si elle s'y présentoit d'abord. La femme, d'après cette observation, ne doit faire aucun effort pendant que l'Accoucheur s'occupe à retourner l'enfant; mais elle ne sauroit trop pousser en en-bas, lorsqu'il en fait l'extraction.

1171. Quelques Accoucheurs veulent qu'on abandonne l'expulsion de l'enfant aux efforts de la nature, après en avoir amené les pieds à l'orifice du vagin; mais comme l'enfant n'est pas encore retourné entièrement alors, ces efforts deviendroient inutiles, et quelquefois même nuisibles. Si on vouloit suivre ce précepte, il faudroit au moins amener les fesses de l'enfant au passage : autrement, loin d'obvier aux inconvéniens qu'on a prétendu pouvoir éviter, on ne feroit souvent qu'exposer l'enfant à de plus fâcheux. Les cas où l'on pourroit s'y conformer avec le moins de danger, sont précisément ceux où l'on peut aussi, sans aucun risque, achever d'extraire l'enfant en tirant sur les parties sorties.

De la manière d'extraire l'enfant.

1172. Cette opération ne doit jamais se faire précipitamment, ni en tirant par secousses sur les extrémités de l'enfant, mais toujours d'une manière lente et continue, surtout quand les

eaux de l'amnios ne font que de s'écouler, afin de prévenir les accidens qui résultent quelquefois de l'évacuation trop subite de la matrice, et de moins fatiguer les parties sur lesquelles on agit.

Du danger que courent la mère et l'enfant dans l'accouchement contre nature.

1173. Le danger auquel sont exposés la mère et l'enfant, dans les accouchemens contre nature, est toujours relatif à l'espèce et à l'intensité de l'accident qui rend l'accouchement tel; ainsi qu'à d'autres circonstances qui doivent être déduites du temps où les eaux se sont écoulées, de celui où l'on opère, de la situation plus ou moins fâcheuse de l'enfant, etc.

1174. Lorsqu'on a reconnu que l'accouchement sera difficile ou contre nature, soit à cause de la mauvaise situation de l'enfant ou de quelques accidens, il faut en instruire les parens de la femme et leur en faire connoître tous les inconvéniens, et le danger s'il en existe, afin d'éviter les reproches qu'ils se croiroient en droit de nous faire en cas d'événement funeste. Mais on sera plus réservé à l'égard de la femme même, dans la crainte de l'effrayer, et de rendre son état encore plus fâcheux; excepté lorsque des circonstances particulières exigent qu'on le lui apprenne.

De la nécessité d'ondoyer l'enfant.

1175. Lorsqu'il y a quelque raison de craindre pour la vie de l'enfant, on doit l'ondoyer sur la première partie qui se montre au dehors, et dans les accouchemens très-laborieux, il est même quelquefois à propos de conduire l'eau sur la tête de cete enfant au moyen d'une seringue, avant d'entreprendre de l'extraire. Nous nous

dispenserions de transcrire ici la formule usitée pour donner le baptême, dans ces cas de nécessité, si tous les personnes pour qui nous écrivons étoient parfaitement instruites des rites de notre religion.

1176. En répandant l'eau en forme de croix, sur la partie que l'enfant présente, on prononce clairement et distinctement ces paroles : *Enfant, je te baptise, au nom du Père et du Fils et du Saint-Esprit.* Si l'on n'a pas de signes bien certains qu'il soit vivant, on y ajoute ces mots : *si tu es vivant.* Si c'est un enfant monstrueux, ou un embryon peu développé, on donne également le baptême, mais sous condition, et en disant alors : *Si tu es capable de Baptême, je te baptise, etc.*

CHAPITRE II.

Accouchemens dans lesquels l'enfant présente les pieds, les genoux et les fesses, considérés sous le rapport des secours qu'ils exigent quelquefois.

1177. Des observations multipliées ont fait connoître depuis long-temps, que les accouchemens dans lesquels l'enfant présente les pieds, les genoux ou les fesses, peuvent se terminer spontanément (1) et n'exigent pas essentiellement les secours de l'art. Quelques Accoucheurs ont même regardé celui où les pieds se présentent, comme l'un des plus naturels; et nous avons cru devoir le comprendre dans cette classe, avant d'exposer les indications, soit générales ou particulières qu'il peut offrir, selon l'espèce de circonstances qui en compliquent le travail, quoiqu'il ne soit pas toujours aussi heureux que celui où la tête s'avance la première dans une bonne position. Pour peu qu'on réfléchisse sur les suites les plus ordinaires de ces deux espéces générales d'accouchemens, on conviendra que la dernière, qui est la plus fréquente, est aussi la meilleure.

(1) Voyez le Tableau qui fait partie de l'Introduction.

ARTICLE PREMIER.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente les pieds.

Accouchement où l'enfant présente les pieds.

1178. L'accouchement dans lequel les pieds s'engagent les premiers, considéré comme naturel, n'est pas le plus avantageux, et il est d'ailleurs si rare, qu'on ne peut établir ses rapports avec celui où la tête se présente (1) : mais en tant que contre nature, il doit passer pour le plus facile et le plus favorable ; car personne, si ce n'est peut-être dans ces siècles d'ignorance où l'art d'accoucher n'étoit cultivé que par des femmes, n'a recommandé de repousser les pieds lorsqu'ils se présentent, pour ramener la tête ou toute autre partie à l'entrée de la matrice, tandis que tous les Accoucheurs ont conseillé de les aller chercher toutes les fois que l'enfant est mal situé, ou lorsqu'il ne peut naître sans danger, quoique placé convenablement.

Danger auquel l'enfant est exposé dans cet accouchement.

1179. Le danger qui menace l'enfant lorsqu'il vient naturellement en offrant les pieds, est en raison de la compression plus ou moins forte et plus ou moins longue qu'éprouvent la poitrine, la tête et le cordon ombilical, en traversant les parties de la femme. Celui auquel il est exposé quand on en fait l'extraction, en tirant sur ces mêmes extrémités, est de plus proportionné à l'extension forcée et au tiraillement de la moelle épinière : la

(1) D'après le Tableau déjà cité, ces rapports seroient d'un à 102 $\frac{1}{4}$.

première cause de danger étant la même. D'où l'on voit que les circonstances dans lesquelles il conviendroit le mieux d'en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature, sont celles où son extraction a le moins d'inconvéniens, *et vice versa*; puisque le bassin de la femme est alors bien conformé, qu'il y a peu d'efforts à faire pour extraire cet enfant; que la colonne épinière qui supporte presque seule ces efforts éprouve peu de tiraillemens, ainsi que la moelle qu'elle renferme, etc.; au lieu qu'elle en éprouve de très-grands quand le bassin est resserré dans un de ses détroits ou dans les deux, et dans le cas précisément où les forces de la nature semblent insuffisantes pour operer à elles seules l'accouchement dont il s'agit. (*Voyez* §. 1204 et suiv.)

Section premiere.

Des indications générales que présentent les accouchemens où l'enfant vient en offrant les pieds.

Indications que présente cette espèce d'accouchement.

1180. Quand le travail de l'accouchement n'est compliqué d'aucun accident fâcheux, on doit tenir à l'égard de la femme, jusqu'après l'ouverture de la poche des eaux, la même conduite que si l'enfant présentoit la tête : mais à cette époque on dégage les pieds, si on le peut, au moyen de deux doigts ou d'un seul, introduits dans le vagin, pour prévenir les difficultés annoncées aux §§. 729 et 1189; ou bien on les dirige seulement de façon qu'ils ne puissent pas s'arrêter contre quelques-uns des points du bassin, jusqu'à ce qu'ils soient au dehors.

1181. S'il est plus salutaire de coopérer un peu de cette manière à l'accouchement, et ensuite en tirant légèrement sur ces extrémités, dans le cas même où la mère pourroit se délivrer seule, à plus forte raison quand elle est dans l'impuissance de le faire, ou lorsque sa délivrance ne peut être différée sans danger pour elle ou pour l'enfant. Très-souvent même, dans ce dernier cas, on est obligé d'introduire toute la main pour aller prendre les pieds à l'orifice de la matrice et les en dégager, afin de terminer l'accouchement plns promptement.

Des causes qui exigent les secours de l'art.

1182. Aux causes générales, énoncées depuis le §. 1079 jusqu'au §. 1138 inclusivement, qui peuvent rendre l'accouchement contre nature, on peut ajouter ici la manière dont les pieds se présentent et s'engagent.

1183. Nous avons fixé ailleurs les différentes positions qu'ils peuvent prendre à l'égard du bassin, à quatre principales (*voyez* §. 724 jnsqu'au §. 728 inclusivement); et nous avons annoncé que la troisième, quelquefois, et presque toujours la quatrième de ces positions, offriroient de grandes difficultès aux efforts naturels de l'accouchement, si on ne les changeoit pas à propos, en ramenant l'enfant à l'une des deux premières : parce que ce changement avantageux ne s'opère pas constamment de lui-même.

Cas où l'enfant ne présente qu'un pied.

1184. Assez souvent un seul pied se présente et s'engage dans l'orifice de la matrice pendant que l'autre extrémité est retenue au-dessus du bassin, de manière qu'elle s'oppose à la sortie de l'enfant, quelques efforts que fasse la nature pour l'opérer,

S'il n'est pas toujours nécessaire d'aller chercher cette seconde extrémité, il seroit au moins très-utile de le faire ; et l'on ne peut s'en dispenser, même dans les cas les plus favorables, qu'en la forçant de se développer et de s'alonger sur la poitrine de l'enfant, à mesure que le tronc descend.

De la nécessité d'aller chercher le second pied.

1185. Pour obtenir cet avantage, il ne s'agit le plus souvent, que de tourner la pointe du pied de dehors en dedans, et de faire décrire à la cuisse une rotation semblable à mesure qu'on la dégage et qu'on tire dessus pour faire descendre les fesses et le tronc. Mais s'il falloit employer beaucoup de force pour faire avancer l'enfant en tirant sur ce seul pied, et avec les précautions indiquées, il vaudroit mieux aller prendre le second, en insinuant la main le long de la cuisse qui est déjà sortie, que d'insister sur de pareilles tentatives : autrement, on pourroit luxer l'extrémité dont il s'agit, ou séparer du corps du fémur l'épiphyse qui en constitue la tête; ce qui seroit dangereux pour l'enfant, en supposant même qu'on l'amenât vivant après de semblables efforts. On observera également, pour prévenir ces accidens, de ne tirer sur le pied par lequel on veut extraire l'enfant, qu'en portant toute l'extrémité vers l'adduction, c'est-à-dire, dans le sens qui la rapprocheroit de la seconde si elle étoit dégagée, et d'accrocher la hanche du côté de cette dernière. au moyen de l'index, aussitôt que les fesses paroîtront au passage, afin de partager la somme des efforts qui deviennent alors nécessaires pour achever d'amener le tronc. Quand les fesses seront au dehors, on les empoignera des deux mains placées à la hauteur des

hanches, et l'on fera descendre le corps jusqu'à ce que le second pied se dégage de lui-même.

1186. Nous ne sommes plus dans ces temps reculés où l'on croyoit qu'il falloit faire rentrer le premier pied pour aller prendre l'autre, et les ramener tous deux ensemble : loin de se comporter ainsi, on doit retenir ce pied au dehors, soit au moyen d'une main ou d'un lacs, pendant qu'on ira chercher le second.

1187. Souvent on éprouve autant de difficultés à faire descendre l'enfant dont les deux pieds se présentent à l'orifice de la matrice, que s'il n'y en avoit qu'un seul, parce que les fesses de l'enfant sur lesquelles ils sont naturellement appuyés se sont engagées en même temps qu'eux, de sorte que le bassin, quoique d'une largeur ordinaire, se trouve trop étroit pour contenir toutes ces parties ainsi réunies et leur permettre de sortir à la fois. On prévient ces obstacles en dégageant les pieds avant que les fesses ne soient descendues et serrées dans le bassin ; et on les surmonte lorsqu'ils ont lieu, en repoussant ces dernières au-dessus du détroit supérieur, avant de s'efforcer d'entraîner et de dégager les pieds.

De la nécessité de s'assurer si les deux pieds qui se présentent sont au même enfant.

1188. S'il est quelquefois nécessaire d'aller chercher le second pied lorsqu'il ne s'en présente qu'un, il n'est pas moins à propos, quand on en rencontre trois ou quatre, de s'assurer des deux qui appartiennent au même enfant, pour ne pas s'exposer à engager des jumeaux en même temps. On devroit avoir la même attention dans plusieurs des cas où l'on présume qu'il y a plusieurs enfans, quoiqu'on ne trouve que deux pieds à l'orifice de

la matrice, parce qu'il est possible que chaque jumeau en présente un (1).

De la manière de saisir les pieds.

1189. Quand on est obligé d'introduire la main à l'entrée de la matrice pour y prendre les pieds, on les accroche comme on le peut, en passant l'index entre eux et en les serrant assez étroitement des autres doigts. Lorsqu'ils sont au-dehors on les enveloppe d'un linge sec et doux, pour les tenir plus sûrement, parce qu'ils échappent aisément, à cause des mucosités qui les enduisent et les rendent très-glissant.

1190. On saisit ces extrémités au-dessus des genoux à mesure qu'elles descendent, afin de moins fatiguer l'articulation des pieds et des jambes; et, dans la suite, pour ménager celle des cuisses, on applique les mains sur les hanches de l'enfant aussitôt que les fesses sont sorties.

De la manière de saisir le corps de l'enfant pour tirer dessus.

1191. Il ne faut jamais placer les mains sur le ventre et la poitrine de l'enfant, pour agir de plus près sur les parties qui sont à extraire; car on gêneroit et on intercepteroit même le mouvement du cœur, en se conduisant ainsi; on comprimeroit et on meurtriroit également le foie qui est très-volumineux et très-tendre à cette époque de la vie : ce qui seroit on ne peut plus fâcheux. Ce sont les hanches que les mains doivent empoigner, c'est sur elles qu'on tire jusqu'à ce que les épaules soient au dehors.

1192. Quand on a dégagé les deux pieds, le plus souvent l'enfant descend avec facilité jusqu'à ce que

---

(1) Voyez la suite de cet ouvrage, à l'art. des Jumeaux.

les aisselles rencontrent le détroit supérieur, parce que les extrémités inférieures ainsi développées, et le tronc, forment, jusqu'à cette hauteur, un coin alongé et assez régulier ; mais après cela sa marche se ralentit un peu et devient plus difficile, à cause de la saillie des épaules et des difficultés que trouvent les bras à se relever vers les côtés de la tête : ce qui oblige l'Accoucheur à faire quelques efforts de plus pour le faire avancer.

1193. On ne sauroit, en général, extraire l'enfant trop lentement, afin que la dilatation des parties de la femme s'opère plus graduellement et avec moins de douleur, et que la matrice n'en éprouve pas un trop grand vide : il faut en outre que les forces qu'on exerce soient dirigées selon l'axe du bassin de la femme. Une traction continue, en portant alternativement de bas en haut, et de haut en bas les parties sur lesquelles on agit, mais de sorte que cette direction coupe obliquement le détroit inférieur du bassin, est préférable aux mouvemens plus composés, et surtout à ceux de rotation, que quelques Praticiens font exécuter à l'enfant.

Précautions à l'égard du cordon ombilical.

1194. Dans les accouchemens que nous sommes forcés d'opérer de cette manière, le cordon ombilical ne descend pas toujours dans la même proportion que le tronc de l'enfant, sur lequel on agit immédiatement ; comme il ne peut être entraîné que par celui-ci, il se tend fortement, et l'ombilic étant alors tiraillé est menacé de se déchirer, pour peu que ce cordon soit retenu au-dessus du bassin, soit à cause de son entortillement sur le col ou de la contraction de la matrice même. Pour prévenir

ce déchirement de l'ombilic, dont les suites néanmoins sont rarement fâcheuses, on ne doit pas oublier d'insinuer deux doigts le long du ventre de l'enfant, aussitôt que les fesses paroissent au passage, pour saisir le cordon et en faire descendre une anse plus ou moins longue, selon la facilité qu'on y éprouvera, et de répéter la même chose de temps à autre, à mesure que le tronc se dégagera. Dans cette même espèce d'accouchement, le cordon se trouve quelquefois entre les cuisses de l'enfant, ce qui expose également l'ombilic au déchirement dont on vient de parler, si l'on ne fait pas descendre la portion qui monte le long du dos. Alors on peut, quelquefois, en former une anse assez considérable pour le faire glisser par-dessus l'une des fesses, y passer une des extrémités inférieures, et le diriger sur un des côtés de l'enfant.

1195. Si le cordon, lorsqu'il est ainsi passé entre les cuisses, étoit assez tendu pour qu'on ne pût en faire descendre la moindre partie, soit parce qu'il forme en même temps des circulaires sur le col de l'enfant, soit autrement, il vaudroit mieux le couper, et en froisser simplement les bouts entre les doigts sans les lier, que de tirer sur l'enfant dans l'état de tiraillement où est l'ombilic.

De la nécessité de dégager les bras de l'enfant.

1196. Aussitôt que les aisselles paroissent à la vulve, on doit dégager les bras. Les avantages qu'on en retire ne sont contestés aujourd'hui que par des personnes plus attachées aux premières impressions qu'elles ont reçues, qu'instruites des vrais principes de l'art. Il est dangereux, disent-

elles, d'abaisser ces extrémités, parce qu'étant appliquées le long du col de l'enfant, elles préviennent l'étranglement que pourroit produire le resserrement de l'orifice de la matrice sur cette partie, et favorisent la sortie de la tête en rendant en même temps l'espèce de coin que forme l'enfant plus régulier. Nous ne perdrons pas le temps à réfuter cette opinion ; l'expérience et la raison lui sont contraires, et le feront mieux que nous.

1197. Les cas où l'on pourrait se dispenser de dégager les bras, sont toujours ceux où il est le plus facile de les abaisser ; le bassin de la mère étant alors très-spacieux relativement au volume de la tête. Quand ce rapport de dimensions n'existe pas, il est on ne peut plus salutaire de suivre le parti que nous proposons ; parce que les bras ne font qu'ajouter alors à la grosseur respective de la tête, et rendre sa sortie plus laborieuse.

De la manière de dégager les bras de l'enfant.

1198. En dégageant les bras de l'enfant, il est de la plus grande importance de les ramener sur le devant de la poitrine, en faisant décrire au coude le même trajet qu'il a parcouru en se relevant du côté de la tête. On doit commencer par le bras qui est en dessous, parce qu'il est moins serré pour l'ordinaire, que celui qui se trouve derrière le pubis.

1199. Avant de dégager le premier, on relève le tronc de l'enfant obliquement vers l'une des aînes de la femme, en le tenant toujours entouré d'une serviette ; et on le soutient ainsi d'une main pendant que de l'autre on agit de la manière suivante : On abaisse d'abord l'épaule, autant qu'on le peut, selon la longueur du tronc, en la saisissant

du pouce, de l'index et du doigt du milieu. On insinue ensuite ces derniers doigts, ou l'un d'eux seulement, en montant le long du bras et de la partie postérieure du col de l'enfant, jusqu'au pli du coude, sur lequel on appuie pour le faire descendre vers la poitrine, et le dégager.

1200. On enveloppe aussitôt cette extrémité du même linge qui entoure l'enfant; on porte celui-ci en en-bas, vers le point diamétralement opposé à celui où on l'avoit tenu relevé; on le soutient de la main qui a dégagé le premier bras, et de l'autre main on abaisse le second, en suivant les mêmes règles.

1201. Quoiqu'il soit en général assez facile de dégager les bras de l'enfant pour qu'on puisse se dispenser d'une grande partie de ces précautions, nous ne laissons pas que de les prescrire, parce qu'il y a des cas où elles sont absolument nécessaires. Les obstacles qu'on rencontre quelquefois à l'abaissement de ces extrémités peuvent dépendre de l'oubli de quelques-unes d'elles, comme ils peuvent provenir de ce que la tête est encore trop haute, ou de ce qu'elle est déjà trop avancée ou trop basse, et qu'elle comprime fortement ces extrémités contre le bord du détroit supérieur ou du détroit inférieur. Ces difficultés peuvent dépendre aussi de ce que l'un des bras descend directement derrière la symphyse du pubis, ou de ce que s'étant porté en arrière, il croise la partie postérieure du col de l'enfant.

1202. Les obstacles qui n'ont d'autres causes que l'omission de quelques-unes des précautions recommandées, seront faciles à surmonter si l'on se

rappelle à propos celles de ces précautions qu'on a négligées : mais il n'en est pas ainsi dans les autres cas. Lorsque la tête est encore si haute que les épaules paroissent à peine à l'entrée du vagin, il faut la faire descendre davantage ; à moins cependant qu'on ne le puisse sans exposer la vie de l'enfant ; car si on ne le pouvoit qu'à ce prix, il vaudroit mieux dégager les bras qui la retiennent, quoique les épaules ne soient pas encore au-dehors : ce qu'on fera sûrement et sans de grands inconvéniens, quelque difficulté qu'on y éprouve, si on agit lentement et avec méthode. Quand la tête est descendue au point de comprimer les bras contre le rebord du détroit inférieur, il faut au contraire la repousser un peu et la faire rentrer dans l'excavation du bassin, pour que ces extrémités soient moins serrées.

1203. Lorsqu'un des bras se trouve assez fortement engagé entre la symphyse du pubis et la tête de l'enfant pour qu'on ne puisse pas le dégager, il faut encore repousser un peu la tête, afin de rendre ce bras plus libre, et pouvoir le faire passer vers le côté du bassin où répond la face. Quand l'un des bras s'est porté sur le derrière du col de l'enfant et croise cette partie, il faut agir de même, et ne l'abaisser qu'en dernier lieu. (*Voyez* §. 1242.)

Manière d'extraire la tête.

1204. Après avoir dégagé l'un et l'autre bras, il faut s'occuper de l'extraction de la tête. Soit qu'elle séjourne dans le bassin, quand il est un tant soit peu resserré, soit qu'on s'efforce alors de l'extraire aussitôt en tirant sur le tronc et les épaules, ce moment est le plus critique et le plus dangereux pour l'enfant : d'un côté, il est exposé aux suites

fâcheuses de la compression du cordon, et de l'autre, aux tristes effets de l'extension et du tiraillement de la moelle épinière. (*Voyez* §. 1179.)

1205. Sa mort auroit lieu cependant un peu plus lentement dans ce dernier temps, c'est-à-dire, lorsque sa tête remplit la cavité du bassin, que dans celui où sa poitrine occupe encore toute la longueur de ce canal, en supposant que le cordon ombilical éprouve le même degré de compression, parce qu'il pourroit alors respirer et crier, comme nous nous en sommes assuré nombre de fois, si l'on avoit l'attention d'amener sa bouche à l'entrée du vagin : ce qui permettroit d'attendre les douleurs expulsives et les efforts de la femme avec un peu moins d'inconvéniens : au lieu que ne pouvant le faire dans l'autre cas, il ne tarde pas à mourir, si la compression du cordon est assez forte pour y empêcher la circulation.

Opinion de quelques Praticiens à ce sujet.

1206. C'est dans la vue de le conserver que plusieurs Accoucheurs ont conseillé d'abandonner l'expulsion de la tête aux efforts de la nature, et que d'autres ont pensé qu'on ne pouvoit l'extraire trop promptement, quand elle étoit parvenue à ce point : mais l'opinion des uns, comme celle des autres, peut avoir des suites également dangereuses.

1207. L'Accoucheur ne doit agir que de concert avec les efforts de la nature, quand le bassin de la femme et la tête de l'enfant sont dans leurs justes proportions respectives, et il a grand soin avant tout de donner à cette tête une situation favorable, lorsqu'elle ne l'a point prise d'elle-même : il place la face de côté, si la tête est encore au-dessus du

détroit supérieur, et en-dessous, lorsqu'elle occupe l'excavation du bassin.

1208. Il introduit ensuite un doigt dans la bouche de l'enfant, non pour accrocher la mâchoire inférieure et tirer dessus, mais pour faire décrire au menton un plan continu avec la poitrine, et empêcher qu'il ne s'accroche en quelque endroit du bassin. Il soutient le tronc de la même main et de l'avant-bras, pendant que de l'autre placée sur le dos de l'enfant, il embrasse le derrière du cou au moyen de l'index et du doigt du milieu recourbés légèrement au-dessus des épaules.

1209. Quand la tête est encore au détroit supérieur, on tire presque directement en en-bas pour la faire descendre; mais avec les plus grands ménagemens, et seulement pendant les efforts de la femme, qu'on sollicite alors à pousser de toutes ses forces, en lui donnant l'espoir d'une prompte délivrance. Lorsque la tête est descendue dans le petit bassin et la face tournée vers le sacrum, si l'on fait encore quelques efforts pour l'extraire, ce ne doit être qu'en relevant le corps de l'enfant vers le pubis de la mère : car en tirant dans tout autre sens, et surtout en en-bas, on s'opposeroit à l'intention de la nature qui tend à imprimer une autre marche à cette tête à travers le détroit inférieur. Sa sortie doit être alors presque entièrement l'ouvrage de celle-ci; les efforts extérieurs, quoique bien dirigés, devenant en ce moment d'un foible secours, s'ils sont assez ménagés pour ne pas être nuisibles. L'Accoucheur, dans ces derniers instans, n'a, pour ainsi dire, qu'à soutenir le tronc de l'enfant d'une main, et de l'autre le périnée

de la femme, pour en prévenir la déchirure, comme il le fait dans l'accouchement naturel.

1210. Les choses ne se font pas toujours aussi facilement ni aussi heureusement dans ces derniers temps de l'accouchement où l'enfant vient par les pieds, parce que le rapport des dimensions de sa tête et du bassin de la femme n'est pas toujours aussi favorable que nous venons de le supposer. Quand il y a défaut de proportion entre ces parties, plus il est considérable, moins la vie de l'enfant est en sûreté, et plus on éprouve de difficultés à extraire la tête; plus aussi l'Accoucheur doit agir avec ménagement, parce que ses efforts, malheureusement nécessaires alors, ajoutent au danger réel et presque inévitable que court cet enfant.

1211. Sa mort, en pareil cas, dépend bien moins de la compression de la tête, de celle du cordon ombilical et de la poitrine, que du tiraillement et du déchirement qu'éprouve la moelle épinière et alongée dans les extensions forcées de la colonne vertébrale, comme nous l'avons déjà fait observer. Une triste expérience n'a que trop souvent fait connoître cette vérité; et l'examen anatomique d'un assez grand nombre d'enfans, au secours desquels nous avions été appelé trop tard, en la dévoilant à nos yeux, nous a conduit plusieurs fois depuis, à l'emploi d'un moyen salutaire déjà connu, mais trop négligé dans cette fâcheuse circonstance, quoique seul capable d'affranchir l'enfant d'une partie du péril dont il est menacé. (*Voyez* §. 1214.)

Manière dont la plupart des Accoucheurs

1212. La plupart des Accoucheurs, ou Sages-femmes, se conduisent différemment dans ce dernier moment. Les uns accrochent la mâchoire

agissent en pareil cas.

inférieure au moyen de deux doigts introduits dans la bouche de l'enfant, et tirent dessus ; les autres disent qu'ils placent ces mêmes doigts sur les côtés du nez, ou qu'ils les avancent au-dessus du front, ce qui est moins dangereux, mais d'une bien plus foible ressource encore que la première : ressource insuffisante par elle-même lorsque le bassin est assez grand relativement au volume de la tête, et purement spéculative, lorsqu'un défaut de proportion entre ces parties s'oppose à l'accouchement.

1213. Si tous ces Accoucheurs, en agissant comme ils le recommandent, s'efforcent de faire descendre la tête conformément à l'intention de la nature, c'est-à-dire, en lui faisant observer la marche la plus avantageuse, il en est d'autres qui semblent ne connoître aucuns principes, qui n'ont d'espoir que dans la force de leurs bras, qui tirent sans aucun ménagement sur le tronc pour entraîner la tête, sans avoir égard à la marche qu'elle doit suivre et que la nature cherche alors en vain à lui imprimer. La direction selon laquelle ils peuvent employer le plus de force leur paroissant la meilleure, les uns tirent sur le tronc en le portant directement en en-bas, ou bien en le relevant, et les autres, parallèlement à l'horizon, mais tantôt par un trait continu et gradué, et tantôt par secousses ; ceux-ci en inclinant alternativement d'un côté et d'autre, et ceux-là en lui faisant décrire un mouvement en forme de fronde ou de rotation, selon son axe.

De la méthode qui convient le mieux dans ce cas.

1214. Toutes ces manœuvres sont également funestes à l'enfant, parce que les efforts extérieurs n'agissent sur la tête qu'après avoir fortement

alongé, distendu et tiraillé le cou. Une méthode par laquelle on agiroit immédiatement, et pour ainsi dire exclusivement sur la tête, seroit bien moins dangereuse et plus recommandable. *Smellie*, qui paroît avoir senti le premier cette importante vérité, l'a mise en pratique plusieurs fois avec succès ; puisqu'on lit dans son recueil d'observations, qu'il a obtenu du forceps, dans la circonstance malheureuse qui nous occupe, des avantages qu'on attendroit vainement des autres moyens. Un des accoucheurs qui ont imité *Smellie*, recommande d'introduire une seule branche du forceps sur la face de l'enfant ; mais que peut-on en attendre (1) ?

SECTION II.

De la première et de la seconde espèces d'accouchemens où l'enfant présente les pieds.

Première espèce d'accouchement où les pieds se présentent.

1215. Nous ne répéterons pas ici ce qui a été dit au §. 725 des signes caractéristiques de la première espèce d'accouchement où l'enfant présente les pieds ; nous ferons remarquer seulement qu'au-

---

(1) Nous n'indiquons ici que très-sommairement l'utilité du forceps pour l'extraction de la tête de l'enfant après la sortie du tronc, nous réservant d'en détailler tous les avantages dans la quatrième partie de cet ouvrage, où nous exposerons aussi les indications particulières que présentent l'hydropisie du crâne, celle du bas-ventre et les conformations monstrueuses qui peuvent rendre très-difficile l'accouchement dans lequel l'enfant vient en présentant les pieds.

cune autre n'offre moins d'indications particulières, parce que la situation de cet enfant est telle, que la plus grande largeur des fesses, celle des épaules et de la tête, viennent successivement se présenter diagonalement à l'entrée du bassin, si l'Accoucheur a le soin de maintenir ces parties dans leur direction primitive, ou de ne pas les en détourner.

1216. Dans cette espèce d'accouchement, comme dans les autres, on essayera de dégager les pieds en introduisant un ou deux doigts dans le vagin, aussitôt que la poche des eaux sera ouverte; et si on ne le peut pas, on se contentera de les diriger convenablement, en attendant qu'ils soient assez descendus pour qu'on puisse les accrocher de ces mêmes doigts et les amener audehors. Mais il faut aller les prendre à l'entrée de la matrice, en y avançant toute la main, lorsque la femme éprouve des accidens.

1217. Quand les fesses sont dehors, on insinue l'index et le doigt du milieu de la main gauche le long du ventre de l'enfant pour examiner l'état de l'ombilic et le relâcher, s'il est menacé de rupture, en faisant descendre le cordon, comme il est dit aux §. 1194 et 1195. On enveloppe ensuite d'un linge sec toutes les parties sorties; on embrasse de la main droite la hanche droite de l'enfant, et de l'autre, la hanche gauche, pour tirer obliquement en en-bas jusqu'à ce qu'on éprouve quelques difficultés : alors on change la direction de ces efforts, et les mains n'agissent plus qu'alternativement de la manière suivante.

1218. De la main droite, on tire d'abord sur la

hanche qu'elle embrasse, en relevant les pieds vers l'aine droite de la femme; et aussitôt après on en fait autant de la main gauche, en reportant ces mêmes parties obliquement en en-bas, et en suivant une ligne qui tendroit à passer sous la cuisse gauche de la mère. On répète alternativement les mêmes choses en allant très-lentement, et en donnant aux mouvemens qu'on fait décrire aux pieds de l'enfant, une assez grande étendue pour dégager à chaque fois une portion du tronc.

1219. La pratique fait mieux sentir les avantages de cette manière d'agir, qu'on ne peut les exposer ici, où nous ferons remarquer seulement qu'elle est moins fatigante pour l'enfant, que si l'on tiroit directement selon la longueur du tronc, parce qu'il faut moins d'efforts pour le faire avancer. L'accoucheur peut en outre se dispenser de ces futiles et embarrassantes précautions, que quelques-uns ont recommandées, pour se maintenir dans une situation ferme et stable, telle que d'écarter les pieds à angle de quarante-cinq degrés ou environ, de se faire soutenir par derrière au moyen d'un aide, etc., etc.

1220. Lorsqu'il est temps de dégager les bras de l'enfant, on relève le tronc obliquement vers l'aine droite de la femme, où on le soutient de la main gauche, pendant que de l'autre on abaisse le bras droit qui est en dessous, conformément aux principes établis ailleurs. L'ayant dégagé et enveloppé du linge qui entoure le tronc, on porte le tout en en-bas et vers la cuisse gauche de la femme, et on le soutient de la main droite, tandis que de la gauche on dégage le second bras de dessous le pubis.

1221. Après avoir satisfait à tout ce qui concerne l'abaissement des bras on introduit l'index et le doigt du milieu de la main gauche, le long du col de l'enfant, pour examiner la situation de la face respectivement au détroit supérieur, et la mettre de côté si elle s'en étoit écartée, ou pour l'aider à se tourner en dessous, quand la tête est descendue dans l'excavation du bassin. Ensuite on porte l'un de ces doigts à l'entrée de la bouche de l'enfant, en le recourbant un peu en manière de crochet, et on continue d'extraire la tête selon les préceptes établis ci-devant.

Seconde espèce d'accouchement où les pieds se présentent.

1222. La seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente les pieds, est, après celle que nous venons de décrire, la moins défavorable; et la situation de l'enfant à l'égard du bassin paroîtra la même dans l'une et l'autre, si l'on ne considère que le rapport de ses dimensions avec celles de ce dernier. La seule différence qu'on y remarque, vient de ce que le dos dans la première espèce répond au côté gauche de la mère, tandis que dans la deuxième il regarde le côté droit. C'est cependant de cette légère différence que naissent les indications particulières que nous avons alors à remplir.

Indications particulières de cette seconde espèce d'accouchement.

1223. On doit se conduire comme dans le cas précédent, jusqu'à ce que les fesses de l'enfant paroissent à la vulve. A cette époque, on introduira deux doigts de la main droite, et non de la gauche, vers l'ombilic, pour relâcher le cordon, et en faire descendre une anse, s'il est trop tiraillé. Ensuite on embrassera de cette main la hanche droite à peine dégagée de dessous le pubis, et de la main gauche, celle qui est en arrière, sans trop

serrer le ventre de l'enfant, pour tirer alternativement sur l'une et sur l'autre, en portant les extrémités inférieures de haut en bas et de bas en haut, suivant une ligne qui passeroit de l'aîne gauche de la femme au-dessous de la cuisse droite; et on répétera ces mouvemens jusqu'au moment d'abaisser les bras.

1224. L'Accoucheur soutiendra de sa main droite le corps de l'enfant un peu élevé vers l'aine gauche de la femme, pendant que, de la main gauche, il abaissera le bras qui est en arrière; ensuite, portant le tronc en en-bas et vers la cuisse droite, il dégagera le second bras de dessous le pubis, en l'entraînant comme il convient au moyen de la première main.

1225. Il examinera, immédiatement après l'abaissement des bras, si la face de l'enfant regarde le côté gauche du bassin, pour la tourner dans ce sens lorsque cette position n'aura pas lieu; puis il la dirigera vers le milieu du sacrum, dès que la tête aura franchi le détroit supérieur, et il achevera l'accouchement comme on l'a dit ci-devant.

Section III.

De la troisième et de la quatrième espèces d'accouchemens où l'enfant présente les pieds.

Troisième espèce d'accouchement où les pieds se présenten .

1226. La position des pieds qui constitue la troisième espèce d'accouchement dont il s'agit, est assez rare, et il s'en faudroit de beaucoup qu'elle soit aussi favorable que les deux premières, si l'enfant ne s'en détournoit pas, pour ainsi dire, comme

de lui-même, à mesure qu'il se dégage, et s'il ne revenoit pas insensiblement à l'une de celles-ci. (*Voyez* §. 743 et suivans.)

1227. L'on ne sauroit faire prendre de trop bonne heure cette direction au tronc de l'enfant lorsqu'il présente les pieds dans la position où les talons répondent au pubis et les orteils au sacrum, si les efforts de la nature ne la lui imprimoient pas, afin de détourner la face à propos de dessus la saillie sacro-vertébrale, et d'empêcher que la base du crâne ne vienne présenter sa plus grande longueur parallèlement au plus petit diamètre du détroit supérieur.

1228. Il ne faut cependant pas juger de la véritable situation de la tête respectivement à ce détroit, par la position qu'on a donnée au tronc, ni même de celle du tronc, d'après la situation des pieds; car très-souvent on se tromperoit au désavantage de l'enfant, la face pouvant se trouver de côté, quoique la poitrine soit en dessous, et les pieds dans une autre direction encore; *et vice versâ.*

1229. Aussitôt que les pieds seront dehors, on en dirigera la pointe vers le côté droit ou vers le côté gauche du bassin, et un peu en dessous, pour les ramener à la première ou à la seconde position; et à mesure que le tronc se dégagera, on tournera la poitrine vers le même endroit. Quand les épaules seront assez descendues, et après avoir dégagé les bras, on s'assurera de la position de la tête en examinant, d'un doigt introduit le long du col, si elle a subi le même déplacement, si la face s'est tournée vers le côté où l'on a dirigé la poitrine.

1230. Lorsque le détroit supérieur est un peu resserré de devant en arrière, il est plus avantageux de conserver au tronc de l'enfant sa position primitive, c'est-à-dire, de faire descendre le dos directement derrière le pubis, et il faudroit même en quelques cas le ramener à cette position, si l'une des deux premières avoit lieu, parce qu'il descendra plus facilement. Mais alors, dès l'instant que les épaules auront franchi le détroit dont il s'agit, il ne faudra pas oublier de tourner la face de côté, si elle ne l'a fait d'elle-même, en avançant plusieurs doigts sur l'une des joues de l'enfant, et non pas en roulant le tronc sur son axe, comme on s'efforce trop souvent de le faire.

De la mauvaise position que la tête prend quelquefois dans ce cas.

1231. Un Accoucheur instruit n'engagera jamais la tête, selon sa plus grande longueur entre le pubis et le sacrum, en tirant l'enfant par les pieds, s'il a toujours présent à l'esprit le rapport des dimensions de cette partie avec celle du bassin; mais il peut être appelé dans le cas où la tête sera fixée de cette manière, pour opérer ce que d'autres auront vainement tenté de faire. Si cet accident, ou cette mauvaise position, est quelquefois l'effet des efforts naturels de l'accouchement, bien plus souvent il ne dépend que des manœuvres mal dirigées de l'Accoucheur trop asservi au précepte de ceux qui ont recommandé de mettre toujours la face en dessous.

1232. Il est rare qu'en pareil cas l'enfant vive encore, quand on est appelé en second pour achever d'en délivrer la mère, soit que l'Accoucheur qui n'a su prévenir ce fâcheux événement ait tiré fortement sur le tronc et se soit en quelque sorte épuisé

avant d'avouer son impuissance, comme cela n'est que trop ordinaire, soit qu'il n'ait fait aucun effort de cette espèce.

Manière de déplacer la tête dans ce dernier cas.

1233. Quand la tête est retenue de cette manière au détroit supérieur, il faut l'en dégager en la repoussant un peu, pour tourner ensuite la face de côté, avec plus de facilité. On ne doit jamais espérer d'obtenir ce déplacement des seuls efforts qu'on pourroit exercer sur le tronc qui est au-dehors, soit en le roulant selon son axe, soit en le refoulant un peu, ou autrement; car tous ces mouvemens sont d'autant plus libres et réussissent d'autant moins, que le col de l'enfant a été plus tiraillé et plus alongé. D'ailleurs, les efforts qu'on emploie sur le tronc n'agissent sur la tête qu'autant que l'on donne aux mouvemens dont il s'agit beaucoup plus d'étendue que leurs bornes naturelles ne le permettent pour le bien de l'enfant; ce qui devient très-dangereux lorsqu'il est encore vivant.

1234. Pour déplacer la tête plus sûrement et comme il convient de le faire, on doit commencer par abaisser les bras de l'enfant avec tout le ménagement possible. On introduit ensuite une main dans le vagin, ou plusieurs doigts seulement, pour repousser un tant soit peu l'occiput au-dessus du pubis, détourner le front de devant l'angle sacro-vertébral et le placer vis-à-vis l'une des symphyses sacro-iliaques, mais de préférence vers la droite. Après cela on continue d'extraire cette tête comme dans le cas le plus ordinaire.

Quatrième espèce d'accouchement où les pieds se présentent.

1235. La situation de l'enfant, dans la quatrième espèce d'accouchement où il présente les pieds, est telle que la face vient toujours en dessus. Si elle se

détourne un peu, le plus souvent au moins, de la symphyse du pubis à mesure que la base du crâne s'approche du détroit supérieur, elle ne manque jamais de se placer au-dessous de cette symphyse aussitôt que la tête a franchi ce même détroit; ce qui rend l'accouchement un peu plus difficile que dans les trois premières espèces.

Opinion des Auteurs sur cette espèce d'accouchement.

1236. La plupart des Accoucheurs, moins effrayés alors des difficultés que la face de l'enfant éprouve à se dégager de dessous les os pubis, que du fantôme qu'ils se sont fait à l'occasion de la rétention du menton sur le rebord supérieur de ces mêmes os, où l'enfant reste, disent-ils, comme accroché, ont recommandé de tourner la face exactement en-dessous, c'est-à-dire vers le sacrum, en roulant le tronc sur son axe, dès que les hanches sont dégagées. Si on exécutoit ponctuellement ce précepte, quoique dicté dans des vues très-sages, il pourroit avoir les mêmes suites que celles qu'on se proposeroit d'éviter: car, en conduisant la face de l'enfant en dessous, avant que la tête n'ait franchi le détroit supérieur, le menton pourroit également s'accrocher en arrière sur l'angle sacro-vertébral; ou bien l'on exposeroit la tête à s'engager, en présentant sa plus grande longueur selon le plus petit diamètre de ce détroit.

1237. Deux hommes des plus célèbres, l'un parmi nous, et l'autre chez les Anglais, ont prescrit de mettre la face de l'enfant seulement de côté, ou de la tourner au plus vers l'une des symphyses sacro-iliaques. S'ils ont mieux connu le rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin, que ceux qui les avoient précédés, ils paroissent s'être

plus occupés à dévoiler les défauts de la méthode de ceux-ci qu'à la perfectionner. Ces derniers, en tournant la poitrine de l'enfant en dessous, laissoient presque toujours, mais contre leur intention, la face de côté; pendant que la plupart aujourd'hui laissent cette partie sur le pubis, en tournant seulement la poitrine de côté.

1238. Pour tracer plus clairement la manière dont on doit se conduire dans ce cas, nous y distinguerons trois temps. Dans le premier, les pieds de l'enfant sont encore contenus dans la matrice; dans le second, l'enfant est sorti jusqu'aux lombes, et les eaux de l'amnios sont écoulées depuis longtemps; dans le troisième, les épaules sont au-dehors, ou paroissent à la vulve, et la tête est adaptée au détroit supérieur.

1239. Dans le premier temps, dès que l'Accoucheur aura saisi les pieds de l'enfant, il en tournera la pointe en-dessous, en tirant presque directement en en-bas; et il aura soin dans la suite, de placer la poitrine au moins vis-à-vis l'une des symphyses sacro-iliaques, et préférablement au-devant de la droite, à mesure qu'elle se dégagera; et d'en faire autant à l'égard de la face quand les épaules seront sorties. Ces changemens s'opèrent alors très-facilement; mais il n'en est pas de même dans le deuxième temps, parce que les épaules et la tête étant plus étroitement embrassées par la matrice, suivent plus difficilement et plus imparfaitement le mouvement qu'on imprime aux parties qui sont dehors.

1240. Dans le mouvement de rotation qu'on doit faire subir à l'enfant dans ce second temps, on aura égard au rapport de la poitrine avec les symphyses

sacro-iliaques, afin de la tourner vers celle dont elle sera le plus près. Pour opérer ce changement, on observera d'embrasser la partie inférieure du tronc de l'enfant le plus près possible de l'entrée de la matrice, et de n'agir que dans l'intervalle des douleurs. Pour le faire convenablement, surtout lorsqu'on y éprouve quelque difficulté, on introduira les quatre doigts de chaque main, à l'entrée du vagin, même un peu plus loin; les uns le long des lombes de l'enfant et les autres sur le ventre, conséquemment vers le sacrum et le pubis de la mère. On agira d'abord comme pour refouler le tronc, et aussitôt après pour le faire descendre de tout ce qu'il aura paru remonter, et même un peu plus chaque fois; on répétera ces mouvemens plusieurs fois de suite, et, en les continuant, on inclinera la poitrine vers la symphyse sacro-iliaque où l'on se proposera de tourner la face. On fera même passer la poitrine un peu au-delà de cette symphyse, selon le conseil de *Smellie*, pour la ramener ensuite vis-à-vis : ayant égard en cela à la mobilité naturelle du col de l'enfant, et à la torsion dont il est susceptible, sans perdre de vue l'observation que nous avons faite au §. 1233.

1241. Malgré toutes ces précautions, l'on ne doit pas se flatter de faire prendre constamment à la tête cette position favorable qu'on s'efforce de lui procurer, et la face reste encore quelquefois au-dessus du pubis. Ce dernier cas est des plus fâcheux pour l'enfant, si l'on n'y donne pas la plus grande attention avant de tirer sur le tronc, par rapport à l'état de torsion extraordinaire où est alors le

col. Après avoir tourné la poitrine en dessous, comme on vient de le recommander, il faudra donc s'assurer de la véritable position de la tête.

Précaution relative à l'abaissement des bras.

1242. Quand on roule ainsi le tronc de l'enfant, il arrive presque toujours qu'un des bras se place obliquement derrière le col et au-dessous de l'occiput, par lequel il se trouve ensuite plus ou moins serré contre l'un des os pubis; ce qui rend son abaissement plus difficile, et la descente de la tête souvent plus laborieuse.

1243. Quand l'Accoucheur n'a pas su détourner à propos la face de l'enfant de dessus le pubis, s'il s'en aperçoit au moment où la tête ne fait que s'adapter au détroit supérieur, il peut encore espérer de la déplacer, en se conduisant comme on vient de le prescrire; mais il ne doit plus rien se promettre de cette manière d'agir, lorsqu'une personne ignorante a tiré inconsidérément sur le tronc à dessein d'extraire la tête ainsi retenue, ou lorsque la nature s'est long-temps efforcée de l'expulser.

Manière dont la tête peut s'arrêter au détroit supérieur.

1244. Il est extraordinairement rare, en pareil cas, que ce soit le menton qui soit retenu et comme accroché au rebord des os pubis; presque toujours c'est le milieu de la face ou le bas du front, près la racine du nez; ce qui fait que la tête, alors engagée, est bien plus difficile à déplacer. La même remarque doit être faite à l'occasion de la troisième position, lorsque la face descend directement au-devant de la saillie du sacrum; car ce n'est pas le menton qui s'arrête communément sur cette partie.

1245. L'enfant, le plus souvent, est victime de cette mauvaise position de la tête. S'il n'est pas toujours privé de la vie, lorsque la Sage-femme

ou l'Accoucheur avoue son incapacité, et en fait appeler un second, on doit espérer bien peu de la lui conserver.

De la manière de déplacer la tête en pareil cas.

1246. Pour déplacer la tête ainsi retenue et fixée dans le détroit du bassin, on doit agir immédiatement dessus, afin d'éviter l'écueil où la mobilité du tronc, en pareilles circonstances, a précipité des Accoucheurs qui croyaient avoir mis la face de l'enfant de côté, et même en dessous, parce qu'ils y avoient aisément tourné la poitrine (1). On se ressouviendra que ce mouvement de rotation du tronc est toujours d'autant plus libre et plus facile que le col de l'enfant a été plus tiraillé, et qu'on ne fait alors que tordre ce dernier sur lui-même et faciliter la séparation du tronc d'avec la tête, lorsqu'on ne sait pas mettre de bornes à ses efforts.

1247. Après avoir dégagé les bras de l'enfant avec le plus grand soin, et surtout s'il est encore vivant, on en soutiendra le tronc au moyen de la main gauche, et on introduira la droite, excepté le pouce, le long de la partie postérieure du col, pour refouler l'occiput au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et le diriger ensuite vers l'une des symphyses sacro-iliaques, même vers l'une des cavités cotyloïdes, si on le peut. Pendant qu'on détournera l'occiput de la saillie du sacrum, on observera de faire rouler le tronc qui est au dehors, dans le même sens, et lorsque la tête sera complètement dans le bassin, on placera la face en dessous, pour l'extraire comme il convient.

---

(1) *De la Motte*, entr'autres, Obs. 275, etc. nouv. édit.

ARTICLE II.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente les genoux.

Accouchemens où l'enfant présente les genoux.

1248. La réunion de toutes les choses sans lesquelles l'accouchement ne peut s'opérer naturellement, se rencontre si rarement chez la femme dont l'enfant présente les genoux, qu'il est permis de ranger cette espèce d'accouchement dans la classe de ceux qui sont contre nature, ou qu'il convient d'opérer, indépendamment des causes qui peuvent rendre tel celui qui s'annonce sous les apparences les plus favorables.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes qui rendent difficile ou contre nature l'accouchement où l'enfant présente les genoux.

Des causes qui s'opposent à l'accouchement où l'enfant présente les genoux.

1249. Les causes qui s'opposent le plus souvent au vœu de la nature dans cette espèce d'accouchement, viennent de ce qu'un seul genou se présente à l'entrée de la matrice, pendant que l'autre extrémité repliée sur elle-même, est retenue sur la marge du bassin, de manière que l'enfant ne peut descendre, malgré l'intensité des efforts qui tendent à l'expulser.

1259. Ce ne seroit pas encore sans difficulté, que l'accouchement se feroit naturellement quand les deux genoux se présenteroient en même temps; parce que ces parties peuvent s'appuyer, en descendant, sur le bas du sacrum et s'y arrêter, pen-

dant que les pieds, poussées en avant et appliqués contre les fesses qui sont elles-mêmes forcées de s'engager, tendent à sortir les premiers ; ce qui ne peut avoir lieu qu'autant que le bassin de la femme est très-grand. Lorsque cette condition favorable de la part du bassin n'existe pas, l'accouchement devient encore impossible sans les secours de l'art.

1251. A ces premières causes, qui établissent fréquemment la nécessité de nos secours, dans l'accouchement où l'enfant présente les genoux, il faut ajouter toutes celles dont il est parlé ci-devant ; telles que les convulsions, la perte, etc. *Voyez* §. 1079 et suivans.

Section II.

Des signes caractéristiques des diverses espèces d'accouchemens où l'enfant présente les genoux, et des indications qu'elles offrent relativement à la manière de les opérer.

Caractères des accouchemens où l'enfant présente les genoux.

1252. Les différences essentielles des accouchemens dans lesquels l'enfant présente les genoux, ainsi que leurs signes caractéristiques, ayant été exposés au §. 757 et suivans, il nous reste à faire connoître les indications qu'ils nous offrent. Parmi ces indications, il y en a de générales et de particulières. Ces dernières se déduisent de la situation des genoux, tant respectivement à eux-mêmes, qu'au bassin de la mère, et des accidens qui compliquent le travail. Les autres sont les mêmes que dans les accouchemens où l'enfant présente les pieds.

Manière d'opérer ces accouchemens.

1253. Quelques praticiens ont pensé qu'il étoit à propos de dégager les pieds toutes les fois que les genoux se présentoient; mais loin de donner ce précepte, nous poserons comme une règle invariable, de n'aller prendre les pieds qu'autant que le travail sera compliqué d'accidens, que les genoux seront encore à l'entrée du bassin, susceptibles d'y être aisément repoussés : autrement, il faut les laisser descendre, et se contenter d'en favoriser la progression en les écartant des différens endroits du bassin contre lesquels ils pourroient s'arrêter, pour les accrocher de l'index de chaque main, un peu recourbé sur le pli du jarret, lorsqu'ils seront assez avancés, et achever de les dégager.

1254. Ces secours, qui ne sont que d'une foible utilité dans les cas dont il s'agit, deviennent absolument nécessaires lorsque la femme est épuisée, ou que des accidens graves exigent qu'on termine l'accouchement sans délai. Si les genoux sont encore fort éloignés dans le moment où l'on est obligé d'opérer, il faut les repousser au-dessus de la marge du bassin, en introduisant la main, et aller prendre les pieds. On se conduit de la même manière quand les genoux, poussés par les efforts du travail, se trouvent arrêtés sur la partie recourbée du sacrum, et les pieds descendus au point que la longueur des jambes se présente de front : on repousse encore les premiers, et on amène les pieds. On agit différemment lorsque les genoux sont très-avancés, et les pieds encore fort haut, surtout quand le bassin est un peu resserré. On doit alors s'efforcer de les entraîner

au moyen des doigts recourbés sur le pli des jarrets, comme on le remarque au §. précédent : si on ne le pouvoit pas de cette manière, on auroit recours aux lacs (1).

De la manière d'appliquer des lacs dans les accouchemens.

1255. On préfère, à tout autre, un ruban de fil large d'un pouce et long d'une aune. On le plie en deux, et l'on adapte l'anse en manière de chaperon sur le bout de l'index où on l'assujettit en tirant plus ou moins de l'autre main sur les deux chefs. On introduit ce doigt couvert du lacs sur le côté externe du genou ; on l'insinue entre la jambe et la cuisse de l'enfant en le recourbant sur le pli du jarret, de sorte que son extrémité s'avance jusqu'au côté interne en parcourant toute la longueur de ce même pli. On porte ce lacs assez loin pour qu'on puisse le fixer du bout du pouce dirigé à l'opposé du doigt, de manière qu'ils embrassent le genou exactement entre eux. Pendant qu'on retient l'anse du lacs fixée au moyen du pouce contre la face interne du genou, on dégage l'index du pli du jarret où il laisse ce ruban, pour venir le reprendre de concert avec le pouce, et l'entraîner en en dégageant un chef de ce côté. Il n'est pas nécessaire d'appliquer un lacs sur chaque genou, un seul pouvant suffire.

1256. Le ruban étant placé de la sorte, on en saisit les deux chefs d'une main, en leur faisant faire quelques tours sur plusieurs doigts, et l'on

(1) Il n'arrivera peut-être jamais qu'un Praticien instruit soit dans l'obligation de se servir de ce moyen : mais on doit prévoir tous les cas dans un ouvrage didactique.

tire à soi, en suivant l'axe du bassin; pendant que de l'index de l'autre main, appliqué sur la partie externe du second genou et légèrement recourbé au-dessus, on le tient assez fortement rapproché du premier pour qu'il soit obligé de descendre en même temps, et de suivre la même direction.

1257. Au défaut du lacs, on pourroit utilement et avec beaucoup moins de peine, se servir d'un crochet mousse, comme j'ai employé plusieurs fois sur le pli des aines celui qui termine les branches du forceps courbe de la dernière correction, de *Levret*, pour dégager les fesses de l'enfant, depuis long-temps étroitement serrées dans le bassin: mais, pour le genou, il faudroit un crochet différent de celui-ci, et tel que nous le recommandons au §. 1272.

Du choix de la main qui doit opérer dans tous ces cas.

1258. Soit qu'on ait recours aux lacs, ou bien au crochet dont il s'agit, soit qu'on se propose de repousser les genoux pour dégager les pieds, ou seulement de les diriger de manière qu'ils parcourent facilement le canal du bassin, il est assez indifférent de se servir de la main droite ou de la main gauche. Mais il n'en est pas de même lorsqu'un seul genou s'est engagé, et que la seconde extrémité retenue au-dessus du bassin, s'oppose à l'accouchement. Dans ce cas, où l'on doit au moins aller chercher le pied de l'extrémité retenue, si l'on ne peut dégager les deux, après avoir repoussé le genou qui est descendu, la facilité de l'opération dépend du choix de la main qu'on insinue dans la matrice; et ce choix doit être dicté par la situation respective des deux genoux, de même que par la situation de celui qui est arrêté

sur l'entrée du bassin; de sorte que, tantôt il faut introduire la main droite, et tantôt la main gauche.

ARTICLE III.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente les fesses.

Des accouchemens où l'enfant présente les fesses.

1259. En se rappelant ce que nous avons dit ailleurs des causes qui peuvent rendre difficile ou dangereux l'accouchement même qui s'annonce d'abord de la manière la plus avantageuse, on conviendra que c'est avec raison que nous considérons ici comme tel celui où l'enfant présente les fesses, puisque, indépendamment des grands obstacles que beaucoup de femmes éprouvent alors à se délivrer seules, les mêmes causes peuvent avoir lieu, et qu'après avoir exposé le mécanisme par lequel il s'opère naturellement dans la plupart des cas, il convenoit de faire connoître tout ce qui peut le rendre difficile, et de décrire la manière de le terminer dans ces mêmes circonstances.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes qui peuvent rendre difficiles ou contre nature les accouchemens dans lesquels l'enfant présente les fesses; des différences essentielles de ces accouchemens, et de leurs signes caractéristiques.

Causes de la difficulté de l'accouchement où

1260. Nous ne chercherons pas à déterminer pourquoi l'enfant présente quelquefois le siége, crainte de nous égarer avec ceux qui se sont effor-

l'enfant présente les fesses.

cés d'en donner la raison : nous nous bornerons seulement à l'exposition des causes qui peuvent alors rendre l'accouchement impossible, ou du moins très-difficile et même dangereux, sans les secours de l'art. Parmi ces causes, les unes ont fait précédemment le sujet de plusieurs sections (*voy.* §. 1079 et suiv.); d'autres sont particulières à l'espèce d'accouchement dont il s'agit, et dépendent tantôt du volume extraordinaire des fesses de l'enfant relativement au bassin de la mère, et tantôt de leur situation seulement.

Différences de ces mêmes accouchemens.

1261. Les différences essentielles que présentent ces accouchemens, viennent de la manière dont les fesses se présentent à l'égard de l'entrée du bassin. Tantôt leur position est telle que le dos de l'enfant répond directement au pubis ou aux lombes de la mère, et tantôt à l'un des côtés, ou à l'un des espaces intermédiaires que laissent ces premiers points. Nous avons cru devoir fixer ces diverses positions au nombre de quatre.

1262. Il n'est pas toujours plus facile de reconnoître la position des fesses, que de juger si ce sont elles qui se présentent. On y trouve quelquefois beaucoup de difficultés, avant l'ouverture de la poche des eaux, et surtout quand les fesses sont depuis long-temps engagées et serrées dans le bassin. Dans le premier cas, elles sont pour ainsi dire au-dessus de la portée du doigt, et elles s'en éloignent encore à la moindre pression, l'enfant étant mobile au milieu des eaux qui l'entourent. Dans le second cas, où ces eaux sont évacuées, les fesses peuvent être tuméfiées de manière que tout ce qui pourroit les faire reconnoître est à peine apparent.

Des accoucheurs, quoique très-instruits, les ont prises, dans ce dernier cas, tantôt pour une partie, tantôt pour une autre, même pour la tête de l'enfant, dont ils croyoient les tégumens engorgés et gonflés. Un des plus célèbres d'entre eux pensant que la tête étoit enclavée, termina l'accouchement, en pareille occasion, avec le forceps; et cette erreur lui parut favorable aux progrès de l'art, en lui faisant connoître, dans l'instrument dont il s'agit, un nouveau moyen d'extraire l'enfant présentant le siége: mais nous estimons qu'il s'en faut de beaucoup que ce moyen soit aussi recommandable qu'on l'a cru, et que bien des Accoucheurs le pensent encore aujourd'hui (1).

Section II.

Des indications relatives aux accouchemens où l'enfant présente les fesses.

Opinion des Auteurs sur la manière de terminer ces accouchemens.

1263. L'idée qu'on s'est faite du rapport des dimensions des fesses de l'enfant avec celles du bassin de la mère, a donné lieu à diverses opinions sur la manière d'opérer les accouchemens dont il s'agit. Les uns se sont persuadés qu'il falloit toujours repousser les fesses et dégager les pieds; pendant que les autres ont pensé qu'il falloit commettre l'expulsion de l'enfant, dans tous ces cas, aux efforts de la femme : ce qui ne sauroit qu'égarer les jeunes Praticiens, loin de leur servir de règle.

---

(1) Voyez l'article où l'on traite du forceps, et de sa manière d'agir, part. IV.

Les indications que présente cette espèce d'accouchement sont différentes, selon les circonstances qui compliquent le travail, le temps de celui-ci, la situation des fesses, et leur grosseur.

1264. Quand il n'existe aucun des accidens dont il a été parlé ci-devant, si les fesses de l'enfant sont petites, et même d'un volume moyen relativement aux diamètres du bassin de la femme, pourvu qu'elles soient bien placées, il faut en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature. Si leur sortie s'opéroit avec peine, quand elles sont descendues au fond du bassin, on l'aideroit, en tirant à soi, pendant la durée de chaque douleur, au moyen de l'index de l'une et de l'autre main, conduit au-dessus des hanches, et recourbé en manière de crochet, vers le pli des aines; ou bien à la faveur d'un seul de ces doigts, appliqué préférablement à la hanche qui répond au sacrum de la femme. Après les avoir dégagées de cette manière, ainsi que les pieds, on achève l'accouchement, comme si ces derniers s'étoient présentés naturellement.

1265. Quand l'obliquité de la matrice est très-grande, ou lorsque ce viscère contient beaucoup d'eau, le corps de l'enfant peut se trouver tellement incliné relativement à l'axe du bassin, qu'il ne se présente qu'une des fesses. L'accouchement alors ne peut s'opérer seul, quelle que soit la grosseur de l'enfant, à moins que l'autre fesse retenue sur un des points de la marge du bassin, ne se rapproche du détroit supérieur, de manière à ce qu'elles puissent s'y engager toutes deux : il faut, pour s'exprimer autrement, que la longueur du

corps de l'enfant devienne à peu près parallèle à l'axe de ce détroit. Ce changement s'obtient le plus souvent en faisant coucher la femme sur le côté opposé à celui de la déviation de la matrice, pendant les premiers temps du travail, et surtout au moment de l'écoulement des eaux. Quand cette précaution ne suffit pas, on introduit une main à l'entrée de la matrice, pour ramener au détroit supérieur la fesse qui est appuyée sur le rebord du bassin; ou bien, ce qui vaut infiniment mieux, pour dégager les pieds.

Du cas où il convient de dégager les pieds.

1266. Ce sont les pieds qu'il faut aller chercher toutes les fois que la femme est menacée de quelque accident, ou qu'elle en éprouve, et lorsque le volume des fesses surpasse tellement la largeur du bassin qu'elles ne peuvent s'y engager, ou qu'elles ne le feroient qu'avec beaucoup de difficulté, parce qu'il est à craindre, dans ces cas, que la femme ne s'épuise et ne succombe avant que ces parties ne soient assez avancées pour être accrochées et entraînées au moyen des doigts, de la manière décrite dans l'un des paragraphes précédens.

Du cas où l'on ne doit plus tenter de dégager les pieds.

1267. L'on ne doit cependant pas entreprendre de dégager les pieds, toutes les fois qu'un accident quelconque exige qu'on termine sans délai l'accouchement où l'enfant présente les fesses : cette méthode n'est préférable aux autres procédés, qu'autant que les fesses sont encore à l'entrée du bassin, ou assez peu engagées pour qu'on puisse aisément les repousser. Lorsqu'elles occupent le fond de cette cavité, et qu'elles y sont fortement serrées de toutes parts et comme enclavées, surtout quand

elles ont franchi de beaucoup l'orifice de la matrice, il ne faut plus penser à dégager les pieds, parce qu'on exposeroit la mère et l'enfant à de grands inconvéniens.

De l'utilité des lacs ou des crochets mousses dans le cas où l'enfant présente les fesses.

1268. Dans ces derniers cas, il faut s'efforcer d'entraîner les fesses avec le doigt indicateur de chaque main, recourbé légèrement sur le pli des aines, comme on l'a déjà recommandé, et lorsqu'on ne le peut de cette manière, il convient de recourir aux lacs ou aux crochets mousses. Si l'on ne considère que la matière de ces divers instrumens, et leur manière d'agir, le lacs paroîtra sans doute mériter la préférence; mais son application est si difficile, que ce n'est qu'avec une sorte de répugnance que nous le comptons ici au nombre des ressources de l'art.

De la manière d'appliquer ces lacs.

1269. Pour se servir du lacs utilement, il faut qu'il soit appliqué sur le pli de l'aine, de façon qu'il embrasse le haut de la cuisse : mais comment le placer? il est bien plus facile de le concevoir que de l'exécuter. Ayant plié ce ruban dans son milieu, on en adapte l'anse sur le bout de l'index d'une main, comme pour l'appliquer sur le pli du jarret. On insinue ce doigt vers l'une des hanches de l'enfant, en le recourbant du côté de l'aine, entre la cuisse et le ventre, et en le portant aussi loin qu'il est possible vers les parties sexuelles de cet enfant. On introduit alors un crochet convenable entre les cuisses, en le dirigeant de l'extrémité du pouce de la même main qui est chargée du lacs; on tourne la pointe de ce crochet vers le bout du doigt qui est couvert du ruban, et l'on fait en sorte d'accrocher l'anse de ce dernier et de l'en-

traîner au-dehors ; mais on ne parvient le plus souvent à le saisir qu'après beaucoup de tentatives aussi fatigantes pour les parties de la mère que pour celles de l'enfant. Quand on réussit à appliquer ce lacs, on en fait usage comme nous l'avons prescrit à l'occasion des genoux.

Du danger d'extraire les fesses de l'enfant avec le forceps.

1270. On a déjà vu comment l'usage du forceps s'étoit introduit dans la pratique des accouchemens où l'enfant présente le siége. Si l'application de cet instrument est moins difficile que celle du lacs, il s'en faut de beaucoup que sa manière d'agir soit aussi sûre pour l'enfant : il paroît même si dangereux, qu'on ne devroit s'en servir au plus, s'il n'en existoit pas d'autres, que quand l'enfant est mort (1).

De l'utilité des crochets mousses, pour extraire les fesses de l'enfant.

1271. Les crochets mousses méritent la préférence dans tous les cas, et plusieurs Accoucheurs les avoient proposés avant nous. La facilité de les appliquer et la simplicité de leurs effets, comparées à la difficulté de placer le lacs et au danger qui nous paroît inséparable de l'usage du forceps, devroient engager tous les praticiens à les adopter et à rejeter les autres moyens.

1272. Les crochets dont il s'agit doivent être longs d'un pouce et un quart ou environ ; plus arrondis qu'aplatis, et terminés par une espèce d'olive ; leur tige, longue d'un pied, doit être un peu recourbée, pour s'accommoder à la convexité de la hanche de l'enfant, conformée d'ailleurs de manière qu'elle puisse s'unir à un second ins-

---

(1) Voyez l'article où l'on traite de l'usage de cet instrument, part. IV.

trument semblable, pour former au besoin une espèce de forceps. Au défaut de ces crochets, que j'ai recommandés et fait exécuter il y a plus de trente ans, je me suis plusieurs fois servi avec succès de celui qui termine les branches du forceps courbe (1).

1273. Un seul peut suffire pour extraire les fesses quand elles se sont engagées diagonalement, ce qui arrive presque toujours, pourvu qu'on le place sur le pli de l'aine qui répond au sacrum de la mère : mais lorsqu'elles se présentent dans la troisième ou quatrième position, et qu'elles sont fortement serrées dans le bassin, les obstacles à leur sortie étant beaucoup plus grands, il conviendroit peut-être d'appliquer deux de ces crochets, pour s'en servir comme d'une espèce de forceps.

Section III.

Des signes qui caractérisent les diverses espèces d'accouchemens où l'enfant présente les fesses, et de la manière de dégager les pieds dans tous ces cas.

De la première espèce de ces accouchemens.

1274. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, les fesses se présentent diagonalement à l'entrée du bassin ; de sorte que la hanche gauche de l'enfant répond à la cavité cotyloïde droite de

(1) Les occasions de s'en servir, et où ils sont indispensablement nécessaires, sont si rares, que j'ai cru depuis qu'il étoit inutile de surcharger l'arsenal de chirurgie de ces nouveaux instrumens.

la mère, et la hanche droite à la symphyse sacro-iliaque gauche ; le dos étant placé sous la partie antérieure et latérale gauche de la matrice, et la poitrine tournée vers la partie postérieure et latérale droite. C'est, de toutes les positions des fesses, la plus favorable à leur sortie, soit qu'elle s'opère naturellement ou non.

De la manière d'opérer.

1275. Quand les circonstances exigent qu'on amène l'enfant par les pieds, l'Accoucheur doit les aller prendre de sa main gauche, en l'insinuant au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Il repoussera d'abord les fesses si elles se sont engagées, et il les dirigera sur le devant de la fosse iliaque gauche. Ensuite, conduisant les doigts réunis le long de la partie postérieure des cuisses et des jambes de l'enfant, si elles sont alongées vers la poitrine, il rencontrera les pieds, qu'il accrochera simplement du bout des doigts un peu recourbés, pour les entraîner à l'entrée du vagin ; et alors il les saisira différemment s'il le faut, pour achever de les dégager et d'opérer l'accouchement comme si ces mêmes parties s'étoient présentées naturellement dans la position où il les aura amenées. *Voyez* §. 1189 et suivans.

1276. Dans ce cas surtout, et dans tous ceux où ce sont les fesses qui se présentent, pourvu que l'enfant ne soit pas très-gros relativement à la capacité du bassin de sa mère, on peut se borner à dégager un seul pied, si l'on trouve quelques difficultés à entraîner les deux. L'on ne doit pas craindre que la seconde extrémité inférieure, si l'on n'en dégage qu'une, s'arrête au rebord du détroit de manière à s'opposer à la descente des

fesses; mais il faudra bien observer dans la suite toutes les précautions énoncées au §. 1185, jusqu'à ce qu'elles soient dehors.

De la seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente les fesses.

1277. Dans la deuxième de ces espèces d'accouchement, comme dans la première, les fesses présentent leur plus grande largeur diagonalement à l'entrée du bassin; mais de manière que la hanche droite de l'enfant répond à la cavité cotyloïde gauche, et la hanche gauche à la symphyse sacro-iliaque droite; le dos se trouvant alors sous la partie antérieure et latérale droite de la matrice, et la poitrine vers sa partie postérieure et latérale gauche.

De la manière d'opérer.

1278. Lorsque l'accouchement ne peut se faire naturellement, si l'extraction de l'enfant par les pieds devient préférable à toute autre méthode, l'on ne peut les aller prendre plus facilement et plus sûrement qu'en introduisant la main droite dans la matrice, en passant au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et en suivant le derrière des cuisses de l'enfant même, jusqu'à ce qu'on y atteigne. Les ayant amenés au-dehors, on termine l'accouchement, comme celui de la seconde espèce, où les pieds se présentent naturellement. *Voyez* §. 1223 et suivans.

De la troisième espèce d'accouchement où les fesses se présentent.

1279. La position des fesses qui constitue cette troisième espèce d'accouchement est telle, que le dos de l'enfant répond à la partie antérieure de la matrice et au pubis de la mère, la face et la poitrine regardant la partie postérieure, et se trouvant conséquemment en-dessous.

1280. Cette position, qui est beaucoup plus rare que les précédentes, seroit aussi bien moins favo-

rable à la sortie de l'enfant, si ses épaules et sa tête, dans les progrès du travail, ne venoient presque toujours se présenter diagonalement à l'entrée du bassin. Le plus grand nombre des Accoucheurs ont pris cette position pour la meilleure de celles dans lesquelles les fesses pouvoient se présenter, et se sont efforcés non-seulement d'y maintenir le tronc et la tête à mesure que l'enfant descendoit, mais encore d'y rappeler toutes les autres positions. S'ils eussent observé la marche de la nature avec plus de soin, ils auroient vu qu'elle étoit bien différente, et que le plus souvent, malgré leurs efforts, la face de l'enfant se plaçoit de côté. Loin de les imiter, il faut favoriser ce demi-tour latéral des épaules et de la tête, en dirigeant les fesses obliquement comme dans la première ou dans la deuxième position.

De la manière d'opérer cette espèce d'accouchement.

1281. Lorsqu'il est nécessaire d'aller chercher les pieds, on doit introduire l'une des mains vers la partie postérieure de la matrice, en suivant le derrière des cuisses et des jambes de l'enfant. On écarte d'abord les fesses, on les refoule au-dessus du détroit supérieur, en les portant en avant et au-dessus du pubis, et l'on va saisir les extrémités. On pourroit, dans ce premier moment, faire décrire aux fesses le demi-tour dont il est question au §. précédent, s'il ne paroissoit pas plus avantageux d'attendre pour cela, que les pieds fussent entièrement dégagés.

Quatrième espèce d'accouchement où les fesses se présentent.

1282. Dans la quatrième espèce d'accouchement où les fesses se présentent, elles sont placées de manière que le dos de l'enfant regarde la colonne lombaire de la mère, pendant que la face

et la poitrine sont situées sous la partie antérieure de la matrice : c'est la moins fréquente et la moins favorable de toutes celles dont nous venons de parler.

1283. La nature trouve le plus souvent tant d'obstacles à se délivrer seule, dans ce cas, qu'il vaut toujours mieux déplacer les fesses, et dégager les pieds, quand on s'est rendu de bonne heure auprès de la femme, que d'abandonner celle-ci à des efforts qui pourroient devenir inutiles, et augmenter d'ailleurs les difficultés qui naissent de la position même de l'enfant. L'on ne doit s'éloigner de cette règle, qu'autant qu'on est appelé trop tard pour la suivre. Dans ce cas d'exception, où les fesses se trouvent comme enclavées dans le fond du bassin, on doit faire en sorte de les entraîner au moyen des doigts introduits dans le pli des aines, ou avec les crochets mousses, si les circonstances le requièrent : mais en les dégageant alors, on observera de leur faire décrire le demi-tour dont il a été parlé plus haut, afin de commencer de bonne heure à détourner la face de dessus le pubis.

1284. Il est encore assez indifférent d'introduire la main droite ou la main gauche dans la matrice, pour aller prendre les pieds de l'enfant dans l'espèce d'accouchement dont il s'agit. On introduit l'une ou l'autre dans un état de supination, lorsque les fesses sont engagées dans le détroit supérieur, afin de les repousser plus facilement : on dirige ensuite les doigts réunis sur l'une des hanches de l'enfant, et le pouce sur l'autre, pour empoigner assez fortement la partie inférieure du

tronc, et lui faire décrire un quart de rotation, même plus si on le peut, de manière à tourner le dos vers l'une des fosses iliaques de la mère ; savoir vers la droite, quand on se sert de la main droite ; et vers la gauche, quand on opère de l'autre main. Après cela, on va chercher les pieds, en dirigeant les doigts le long de la partie postérieure des cuisses de l'enfant; on les entraîne comme dans toutes les positions précédentes, et on se conduit ensuite de la manière qui a été prescrite au §. 1235 et suivans.

CHAPITRE III.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le sommet de la tête à l'orifice de la matrice.

Accouchemens dans lesquels le sommet de la tête se présente.

1285. Les accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête seroient toujours les plus avantageux, si les lois de la nature étoient immuables dans cette fonction, si les femmes étoient exemptes de toutes espèces d'accidens, et si le rapport qu'on observe communément entre les diamètres de la tête et ceux du bassin se trouvoit constamment le même : car les obstacles qui rendent ces accouchemens difficiles ou dangereux, ne viennent que de ces trois sources, réunies ou séparées.

ARTICLE PREMIER.

Des causes qui rendent contre nature ou difficiles les accouchemens dans lesquels l'enfant présente le sommet de la tête, et des indications qu'elles prescrivent.

Des causes qui exigent les secours de l'art dans les accouchemens où le sommet de la tête se présente.

1286. Ces causes, dont la plupart ont été exposées dans autant de sections particulières, sont en grand nombre. Celles qui proviennent de la mère dépendent de certaines défectuosités du bassin, du manque de forces nécessaires pour l'expulsion de l'enfant, et de quelques accidens qui se dé-

clarent avant, ou pendant le cours du travail. Celles qui dépendent de l'enfant viennent du volume extraordinaire de sa tête, relativement au bassin de la mère; de la manière dont elle se présente à l'entrée de cette cavité; de la présence d'une main ou d'un pied, qui l'empêche de s'y engager; de la direction que lui impriment, dans sa descente, les forces expulsives de la matrice; de l'issue prématurée du cordon ombilical, etc. (1). N'ayant pu déterminer suffisamment jusqu'ici ce que nous entendions par mauvaises positions de la tête, et exposer le mécanisme par lequel plusieurs de ces positions peuvent survenir accidentellement dans le cours du travail, nous en ferons le sujet d'une Section particulière.

Section première.

De la mauvaise situation de la tête de l'enfant en général, et surtout de celle qu'elle prend quelquefois en s'engageant dans le bassin.

Position désavantageuse du sommet de la tête.

1287. La position de la tête est désavantageuse, quoique celle-ci présente le vertex, toutes les fois que son grand diamètre ne se trouve pas selon le plus grand du détroit qu'elle doit franchir. Elle sera telle, lorsque l'occiput ou le front sera tourné vers le pubis dans le commencement du travail, ou lorsqu'il restera vers l'un des os ischium dans

(1) Nous ne parlons pas ici des causes qui exigent absolument le secours des instrumens, les réservant pour la quatrième partie de cet Ouvrage.

le dernier temps ; et elle le deviendra d'autant plus, que le bassin de la femme s'éloignera davantage de sa conformation naturelle ; et bien plus encore, selon que la face aura plus ou moins de propension alors à se porter vers le pubis dans le dernier temps du travail. (*Voyez* §. 672 et suiv.)

1288. Quoique la tête de l'enfant se présente convenablement à l'entrée du bassin, l'accouchement ne peut être facile qu'autant qu'elle suit, dans sa descente, la marche qui a été décrite en exposant le mécanisme des différentes espèces d'accouchemens naturels. Lorsqu'elle s'engage autrement, ses plus grands diamètres s'avancent de front, et viennent se présenter dans toute leur longueur à ceux du détroit inférieur, tantôt dans une direction, et tantôt dans une autre : ce qui rend sa sortie très-difficile pour l'ordinaire, et quelquefois impossible sans les secours de l'art.

1289. Quand elle suit sa marche naturelle, elle conserve sa flexion antérieure, et le menton reste appliqué sur le haut de la poitrine, jusqu'à ce que la base de l'occiput soit appuyée contre le sommet de l'arcade du pubis, ou sur le bord antérieur du périnée si la face vient en dessus. On remarque le contraire dans le cas dont il s'agit : le menton quitte le haut de la poitrine, et la tête se renverse sur le dos, dès qu'elle commence à s'engager ; de sorte que c'est la fontanelle antérieure, ou bien la partie supérieure du front, qui vient à la longue se placer au centre du bassin ou du détroit inférieur.

Opinion de *Levret*, sur

1290. *Levret* nous offre, dans l'une de ses observations, le tableau le plus exact de cette mau-

vaise position accidentelle de la tête : mais, selon lui, elle n'a d'autres causes que la situation *oblique et latérale* du corps de l'enfant, qu'il regarde comme la cause la moins connue de toutes celles qui rendent l'accouchement laborieux. Tous les obstacles, dans le cas dont nous parlons, proviennent, dit-il, de cette situation du corps exclusivement ; ce sont les épaules, arrêtées au détroit supérieur, qui empêchent la tête de descendre, soit que la nature s'efforce de l'expulser, soit qu'on entreprenne de l'extraire avec le forceps ou autrement (1). *De la Motte* et *Smellie* ne se sont pas expliqués aussi clairement à l'occasion de cette fâcheuse position de la tête ; mais ils ont mieux saisi la véritable indication qu'elle nous offre.

cette mauvaise position.

1291. Cette position est l'effet de la direction des forces utérines, et de la manière dont elles agissent sur la tête. On ne l'observe presque jamais que l'obliquité de la matrice qui en est la cause déterminante, n'ait lieu du côté où répond l'occiput. La direction de ces forces expulsives dans les autres cas, est constamment telle qu'elles agissent de manière à faire descendre l'extrémité occipitale de la tête ; mais elle n'est plus la même dans celui dont il s'agit, et celle selon laquelle agissent ces forces, traverse la tête obliquement de sa base au vertex et de l'occiput au front, un peu au-devant du centre de son mouvement ; de sorte qu'elles le contraignent de se renverser sur le dos, à mesure

Des causes qui forcent la tête de l'enfant à prendre cette position.

(1) Voyez la seconde Observ. de *Levret*, sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, quatrième édition, pag. 4.

qu'elle descend. *Levret* n'attribuoit cet effet *à la situation latérale du placenta*, et à celle du tronc de l'enfant dans la matrice, que parce qu'il étoit dans l'opinion que l'obliquité latérale de ce viscère provenoit toujours de l'insertion du placenta sur l'un des côtés. En adoptant le sentiment de ce célèbre accoucheur, tant sur ce dernier point que sur celui qui nous occupe spécialement, ce seroit adopter une foule d'erreurs dont il n'a pu se garantir, et partager en quelque sorte la critique, judicieuse à plusieurs égards, mais trop sévère, qu'il en a essuyée (1).

1292. Presque le seul qui ait parlé clairement de cette mauvaise position de la tête, *Levret* a recommandé pour la prévenir, d'ouvrir la poche des eaux de bonne heure et d'aller chercher les pieds de l'enfant, toutes les fois que la face se présentoit de côté : ce précepte, donné avec toute la confiance que peut seule inspirer une longue expérience, nous paroît avoir échappé à la sagacité de son Auteur, et il seroit très-dangereux de le suivre aveuglément ; car des milliers d'enfans qui n'auroient trouvé que de foibles obstacles à leur naissance, pourroient être victimes d'un pareil procédé : l'accouchement où les pieds viennent ainsi étant assez souvent dangereux, et la face se présentant d'abord presque toujours de côté dans celui qui se fait naturellement.

1293. *Levret* n'a pas fait un meilleur emploi de ses grandes connoissances, dans ce qu'il a pro-

(1) Voyez la Pratique des Accouchemens, première partie, par M. *Alphonse le Roy*.

posé pour vaincre les difficultés qui naissent de la mauvaise position dont il est question. Au lieu de chercher à la corriger et à ramener la tête à celle qui est la plus naturelle, étant dans l'opinion que c'étoient les épaules, retenues et comme enclavées au détroit supérieur, qui s'opposoient alors à l'accouchement, il s'est contenté de recommander de les déplacer, et de les diriger suivant l'un des diamètres obliques de ce détroit; la face, disoit-il, se tournera ensuite d'elle-même en dessus ou en dessous, et les obstacles cesseront. Personne ne disconviendra que le rapport des épaules au détroit supérieur ne soit tel, dans ce cas, qu'elles ne puissent apporter quelque léger empêchement à la descente du tronc, même à l'expulsion de la tête; mais très-certainement le plus grand obstacle ne provient pas de cette cause. Il ne dépend que de la mauvaise position de la tête, de ce qu'elle s'est renversée sur le dos, qu'elle présente son plus grand diamètre de front à l'un des diamètres du détroit inférieur, et que les forces utérines, dirigées comme elles le sont alors, ne tendent qu'à la faire avancer dans cet état, puisqu'il ne s'agit que de la ramener à sa position et à sa marche naturelle, pour mettre la femme dans le cas de se délivrer seule. Nous avons plusieurs fois démontré cette vérité au grand nombre d'élèves qui suivoient nos Cours; et ce n'est pas sans étonnement qu'ils ont vu se terminer, quelques minutes après ce simple déplacement de la tête, des accouchemens qui résistoient depuis long-temps aux efforts de la nature les plus grands et les mieux soutenus. Si nous avions besoin

d'autres preuves, pour appuyer notre opinion, nous ne les puiserions que dans les ouvrages de *Smellie*, *de la Motte*, et du célèbre *Levret* même, quoique contraires à son assertion (1).

De la manière de prévenir et corriger la mauvaise position dont il s'agit.

1294. Il est, en général, assez facile d'empêcher la tête de prendre cette position vicieuse en s'engageant dans le bassin, et de lui faire décrire sa marche ordinaire : il ne faut que changer à propos la direction des forces utérines, et soutenir pendant quelque temps la partie antérieure de la tête, pour faire baisser son extrémité occipitale. On commencera, dans les très-grandes obliquités de matrice, par redresser ce viscère, et en ramener l'axe à peu près dans la direction de celui du bassin, soit en faisant coucher la femme sur le côté opposé à l'obliquité, soit au moyen d'une pression exercée convenablement sur le ventre. Ensuite, de plusieurs doigts introduits dans le vagin, on soutiendra le front de l'enfant pendant la durée de chaque douleur, afin que les efforts naturels, dont la direction n'est plus exactement la même, agissent sur l'occiput et le fassent descendre. Il faut éviter soigneusement, dans ce procédé, d'appuyer le bout des doigts sur la fontanelle antérieure et sur ses environs, où les os sont très-souples, crainte que l'enfant ne soit victime de la dépression de ces pièces osseuses, et de la compression du cerveau, qui ne sauroient cepen-

(1) Voyez les Observations que nous avons rapportées dans l'Introduction qui est à la tête de ce volume, pour faire sentir la nécessité de bien connoître le mécanisme de l'accouchement naturel.

dant être très-grandes si l'on agit méthodiquement.

1295. On doit se comporter de même pour redresser la tête de l'enfant et la ramener à sa marche naturelle, quand on n'a pas su prévenir la mauvaise situation dont il s'agit. La femme étant couchée sur le côté opposé à la déviation du fond de la matrice, on repoussera le front, autant qu'il sera possible, pendant la douleur, et avec les précautions recommandées. Si l'on ne réussissoit pas complètement de cette manière, il faudroit introduire l'index et le doigt du milieu de l'autre main, au-dessus de la protubérance occipitale, pour achever de faire descendre cette région, en tirant à soi comme si l'on se servoit d'une espèce de crochet.

1296. C'est dans le temps de la douleur et des efforts de la femme qu'il faut repousser le front, et non pendant le calme qui la suit, parce que les forces expulsives, dont on a changé la direction en changeant la position de la matrice, agissent alors sur l'occiput, et le portent en avant, comme ils le font dans l'accouchement le plus ordinaire, tandis que nous le faisons baisser en refoulant le front.

1297. Il est si rare qu'on ne puisse, par ce double procédé, opérer le changement nécessaire, ou convertir la mauvaise position de la tête en une meilleure, qu'il sembleroit inutile de prescrire d'autres moyens : cependant, comme la tête peut être assez serrée entre les os du bassin, pour que les doigts ne puissent pénétrer au-dessus de l'occiput, nous reparlerons de cette position dés-

avantageuse, lorsque nous traiterons des accouchemens où le levier, vulgairement appelé le *Roonhuisen*, peut être de quelque utilité (1).

1298. Presque toujours la tête s'échappe du bassin et l'accouchement se termine aux premières douleurs qui surviennent après qu'on a corrigé sa mauvaise situation, à moins que d'autres causes ne s'y opposent. Si les circonstances l'exigent, on se sert alors du forceps, ou l'on se conduit différemment.

Section II.

Indications que présentent les accouchemens où l'enfant offre le sommet de la tête, le travail étant compliqué de quelques-unes des causes qui les rendent difficiles.

1299. La plupart des causes annoncées au §. 1286, présentent des indications différentes à quelques égards, non-seulement selon leur espèce et leur intensité, mais encore suivant qu'elles se manifestent plus tôt ou plus tard dans le cours du travail de l'accouchement.

---

(1) Ce cas est le seul, selon *Levret.*, où le levier puisse être utilement employé. Cet Auteur, dont les vues sur la position de la tête, qui fait le sujet de cette section, ne sont plus les mêmes lorsqu'il discute les avantages et les inconvéniens du levier de Roonhuisen, prouve, par cette espèce de contradiction, que la prévention n'offusque pas toujours l'esprit et le jugement d'un bon observateur. *Voyez* suite de ses Observations sur la cause des accouchemens laborieux, quatrième édition, pag. 292 et suiv.

1300. Si l'on n'a souvent que peu de chose à faire pour dissiper le danger qui provient de quelques-unes de ces causes, pour écarter les obstacles qu'elles apportent à l'accouchement, et mettre la femme dans le cas de se délivrer seule, souvent aussi l'on est obligé de déplacer la tête, de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds; d'opérer l'accouchement avec le forceps, ou par le moyen de tout autre instrument.

1301. Quand la tête présente sa plus grande longueur au petit diamètre de l'entrée d'un bassin un peu resserré du devant en arrière, l'on n'a d'autre indication à remplir que celle de la déplacer, et de lui faire prendre une meilleure position, comme on le prescrit aux §§. 830 et suiv. Lorsque ce vice de position n'a lieu qu'au détroit inférieur, l'on se conduit de même, avec cette différence seulement, qu'on dirige la longueur de la tête selon le diamètre qui va du pubis au sacrum. Si la présence d'une main ou d'un pied s'oppose à la descente de la tête, on fait en sorte de les repousser au-dessus de celle-ci, et de les faire rentrer dans la matrice, à moins que d'autres circonstances n'exigent qu'on agisse différemment (1). Enfin on corrige sa marche défectueuse quand elle ne suit pas celle qui a été tracée en parlant du mécanisme de chaque espèce d'accouchemens naturels, comme on le voit aux §§. 1294 et suivans.

Des cas où il convient alors de retourner l'enfant, et de ceux où il faut recourir au forceps.

1302. Toutes les fois qu'il survient une perte abondante, ou qu'il se manifeste d'autres accidens graves dans le cours du travail, il faut opérer

(1) Voyez §. 1533 et suiv.

l'accouchement : mais on y procédera différemment, selon que ce travail sera plus ou moins avancé à l'instant où il sera indispensable de prendre ce parti. Lorsque la tête conserve encore toute sa mobilité sur l'entrée du bassin, qu'elle y est à peine engagée, et que les eaux de l'amnios sont récemment écoulées, il faut retourner l'enfant et l'extraire par les pieds. Mais il vaut mieux se servir du forceps, quand la tête est descendue au moins de la moitié de sa longueur, surtout si les eaux sont évacuées depuis quelque temps. Cet instrument mérite bien plus de préférence encore lorsqu'elle occupe entièrement le fond du bassin ; et il doit être employé exclusivement, toutes les fois qu'elle a franchi le col de la matrice et qu'elle est parvenue dans le vagin ; car aucun autre moyen, dans ce cas, ne peut être salutaire à l'enfant.

1303. Ce n'est qu'au défaut du forceps, qu'on ne sauroit toujours se procurer sur-le-champ, qu'il est permis de repousser la tête de l'enfant, à dessein de le faire venir par les pieds, quand elle est descendue complètement dans le bassin ; encore faut-il, pour être autorisé à opérer de la sorte, qu'elle ait traversé le détroit supérieur avec aisance, en poussant au-devant d'elle le cercle qui constitue alors le col de la matrice ; comme on le remarque le plus souvent chez les femmes dont le bassin est très-large dans son entrée, et chez qui le cercle utérin, dont il s'agit, conserve quelque roideur. Quoique contraire en apparence, à l'opinion de quelques auteurs qui soutiennent qu'il est impossible de retourner l'enfant quand la tête est aussi basse, cette méthode est préférable aux cro-

chets dont la plupart des Praticiens se servent encore en pareil cas, au défaut du forceps, d'après le moindre soupçon de la mort de l'enfant.

1304. C'est en vain que quelques-uns s'éleveront contre le précepte que nous donnons ici, qu'ils s'efforceront de persuader qu'on ne peut alors repousser la tête sans un extrême danger pour la mère et pour l'enfant; ils n'intimideront que de jeunes Praticiens médiocrement instruits, et n'ébranleront jamais la confiance que nous sommes fondés à leur inspirer d'après des succès réitérés. On repousseroit la tête de l'enfant avec aussi peu d'inconvéniens que nous y en avons rencontré dans le cas dont il s'agit, quand elle seroit encore beaucoup plus engagée, pourvu qu'elle soit enveloppée du col de la matrice, comme nous venons de le dire, et que l'orifice de celle-ci se trouve au-dessous du vertex.

1305. Nous avons fait remarquer, au §. 642, que la tête de l'enfant pouvoit occuper le fond du bassin, sans avoir franchi l'orifice de la matrice, et qu'il étoit important de bien distinguer ce cas de celui où elle est entièrement dans le vagin. S'il n'y a pas plus d'inconvéniens à la repousser au-dessus du détroit supérieur et à retourner l'enfant dans le premier de ces cas, que dans celui où on la trouve peu engagée, toutes choses étant égales du côté de la conformation du bassin, de la contraction de la matrice, etc., il y en auroit beaucoup lorsqu'elle a franchi le col de ce viscère, et qu'elle occupe le vagin. En la remontant alors au-dessus de l'entrée du bassin, on courroit le plus grand risque de déchirer le vagin dans le lieu de

sa jonction au col de la matrice, etc. Le forceps est exclusivement indiqué dans cette circonstance, comme nous l'avons déjà dit, à moins que la certitude de la mort de l'enfant ne permette d'user de crochets : au lieu que nous ne le préférons dans l'autre, que parce que l'application en est plus simple, que les effets en sont plus prompts et plus certains que ceux de la méthode de retourner l'enfant.

1306. Les accidens énoncés au §. 1080, tels que la perte de sang, les convulsions, les syncopes fréquentes, l'épuisement de la femme, l'issue du cordon ombilical, etc., ne sont pas les seules causes qui puissent nous mettre dans la nécessité de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente : la mauvaise conformation du bassin prescrit quelquefois les mêmes indications : mais presque tous ceux qui l'ont conseillé et pratiqué à l'occasion de cette dernière cause, n'ont pas apprécié suffisamment l'étendue du défaut de rapport qui existoit entre les dimensions de la tête de l'enfant et celles du bassin de la mère, de sorte que pour un qu'ils ont conservé à la vie par cette méthode, un grand nombre d'autres en ont été victimes. Cette méthode ne convient tout au plus que dans le cas où le défaut de proportion qui s'oppose à l'accouchement est de très peu de chose : lorsqu'il est plus considérable, il exige l'usage du forceps, celui des crochets, l'opération césarienne même, etc., comme on le verra dans la quatrième partie de cet ouvrage.

1307. Ce n'est pas dans la vue d'ajouter aux forces expulsives de la femme, en tirant sur les

pieds de l'enfant, et ensuite sur les autres parties qui précèdent la tête, comme le font beaucoup d'Accoucheurs, qu'on doit entreprendre de le retourner, quand la mauvaise conformation du bassin, quoique très-légère, ne permet pas à la tête de s'engager : la structure particulière de celle-ci indique d'après quels principes on peut espérer du succès de cette méthode. Cette structure est telle, en effet, que la tête s'affaisse plus aisément selon son épaisseur et s'engage plus facilement, quand l'enfant vient par les pieds, si elle est bien dirigée, que lorsqu'elle se présente la première : quoiqu'un grand nombre d'Accoucheurs pensent le contraire, et soient dans l'opinion qu'elle offre alors sa plus grande largeur de front au détroit du bassin.

Article II.

De la manière de retourner l'enfant pour l'amener par les pieds, quand il présente le sommet de la tête.

Section première.

Règles générales sur ce point de pratique.

1308. Lorsqu'on est obligé de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente à l'orifice de la matrice, la poche des eaux est entière ou non, et ce fluide est écoulé récemment ou depuis longtemps. Dans le premier cas, l'enfant est libre en quelque sorte au milieu de la matrice ; et dans le second, il s'y trouve tellement serré, que la main ne peut pénétrer qu'avec beaucoup de difficulté, même quand elle est bien dirigée. C'est dans ce

dernier état que nous le supposerons constamment dans la suite de cet ouvrage, parce qu'il exige plus de sagacité de la part de l'Accoucheur qu'il ne lui en faut dans l'autre cas, et qu'il ne sauroit alors s'écarter des règles suivantes sans exposer la mère et l'enfant à de grands inconvéniens.

Préceptes généraux relatifs à la manière de retourner l'enfant.

1309. La femme étant placée comme il convient, on introduit l'une ou l'autre main dans la matrice, selon la position de la tête. On dégage celle-ci du détroit supérieur; si elle y est descendue, en la repoussant de bas en haut et de derrière en devant, pour lui faire suivre la direction de ce détroit. On dirige ensuite la main sur le front, et on porte la tête vers l'une des fosses iliaques, où on la maintient dans le cours de l'opération au moyen du poignet et de l'avant-bras, pour empêcher qu'elle n'obéisse aux efforts des douleurs, et qu'elle ne redescende pendant qu'on va prendre les pieds.

1310. Pour parvenir plus facilement à ces derniers et les amener de même, ayant éloigné la tête suffisamment du détroit supérieur, il faut insinuer la main en suivant le côté du tronc de l'enfant, qui est le plus près de la partie postérieure de la matrice. On passe d'abord les doigts réunis sur l'oreille, de là sur le côté du col, mais en les dirigeant un peu vers le derrière de l'épaule pour en éviter la saillie; on les conduit ensuite insensiblement sur le flanc et la hanche, d'où ils doivent gagner les pieds, en passant transversalement sur la cuisse et la jambe. On accroche ces extrémités du bout des doigts légèrement recourbés, et on les entraîne à l'entrée du vagin, en les faisant descendre sur la poitrine et la face de l'enfant.

Lorsqu'on ne peut saisir d'abord qu'un seul pied, il faut prendre celui qui répond au côté de l'enfant que la main a parcouru, à moins que ce pied ne soit engagé dans le pli du jarret de l'autre extrémité, comme on le rencontre quelquefois; car il faudroit alors commencer par dégager celui de cette extrémité. Aussitôt que le premier pied est sorti de la matrice, il faut réintroduire la main pour prendre le second, soit en suivant le même chemin qu'auparavant, ou le derrière de l'extrémité déjà déployée, selon la facilité qu'on y éprouvera; ce qu'on déterminera plus précisément en exposant les règles qui concernent chaque cas en particulier.

1311. En observant exactement la route que nous venons de tracer, on évitera de prendre l'épaule de l'enfant pour la hanche, le coude pour le genou, et la main pour le pied; ce qui n'est pas toujours très-aisé à distinguer, quand la main qui opère est fortement serrée dans la matrice : car toutes ces extrémités se présenteront successivement aux doigts, et non pêle-mêle, comme on les rencontre le plus souvent, lorsque, d'après le conseil de la plupart des Accoucheurs, on insinue la main le long de la poitrine de l'enfant. En suivant celle-ci, les pieds se trouvent d'ailleurs presque toujours appliqués au dos de la main, et l'on ne peut les reconnoître, ni les accrocher; de sorte que, quelquefois, on les cherche bien loin tandis qu'ils sont bien près : ajoutez à cela qu'on écarte les bras de l'enfant de l'axe du tronc, et qu'on rend la rotation de celui-ci plus difficile. Par le premier procédé, on rapproche, au contraire, toutes ces parties

d'un centre commun ; on pelotonne, pour ainsi dire, l'enfant sur lui-même, et on le retourne plus aisément. *Voyez* en outre les §§. 1168 et suivans.

Dangers qu'il peut y avoir à ne tirer que sur un seul pied, quand on retourne l'enfant.

1312. Quelques Praticiens à qui la force semble tenir lieu de principes, se contentent le plus souvent d'amener un seul pied, soit que le sommet de la tête se présente, soit que l'enfant se trouve mal situé. S'ils opèrent quelquefois l'accouchement en ne tirant que sur une seule extrémité, quelquefois aussi, après avoir luxé, fracturé, et même arraché cette extrémité, ils se voyent dans la triste nécessité d'aller chercher la seconde. Ce n'est que dans le cas où les eaux de l'amnios ne font que de s'écouler, et lorsque le bassin de la femme est d'une largeur naturelle, qu'on peut se dispenser d'aller chercher le second pied, ou entreprendre de tirer l'enfant par un seul : mais ce cas est précisément celui où l'on peut, avec moins de peine, dégager les deux pieds, même à la fois.

De l'utilité du lacs, quand on retourne l'enfant.

1313. Quand on rencontre de grandes difficultés à dégager les pieds, si l'on peut en amener un au-dehors ou à la vulve seulement, il faut y attacher un lacs pour le retenir, pendant qu'on ira chercher le second.

1314. Quoiqu'on ait amené les deux pieds de l'enfant à l'orifice de la matrice, ce n'est pas toujours sans beaucoup de peine qu'on parvient à les dégager entièrement, soit parce qu'il est difficile de les tenir assez étroitement de la même main, soit parce que la tête est encore retenue dans le voisinage du détroit supérieur, et ne peut d'elle-même s'en eloigner suffisamment pour que les fesses s'y engagent. S'il est alors nécessaire de repousser la

tête pour parvenir au but qu'on se propose, on ne sauroit toujours le faire convenablement de la main qui tient les pieds, parce qu'on est quelquefois obligé de tirer sur ceux-ci en même temps qu'on repousse la tête : ce qui arrive spécialement lorsqu'il y a long-temps que les eaux sont évacuées, et bien plus encore en d'autres cas que ceux où le vertex se présente. Comme il est impossible de tirer à la fois sur les pieds et de repousser la tête avec la même main, et qu'il ne l'est pas moins de porter les deux mains ensemble dans le vagin pour appliquer l'une immédiatement à la tête, et l'autre aux pieds, il faut placer un lacs sur l'un de ces derniers, pour l'entraîner, en tirant de loin, pendant que d'une main introduite à l'entrée de la matrice, on écartera la tête de l'enfant du détroit supérieur. En agissant ainsi, des forces ménagées suffiront pour vaincre des obstacles que celles de plusieurs personnes, appliquées aux pieds seulement, auroient eu peine souvent à surmonter (1).

1315. Il n'est jamais nécessaire d'appliquer un lacs sur chaque pied, ni d'entourer l'un et l'autre du même ruban : il suffit de le porter sur un seul, et l'on préfère de le placer sur celui qui est au-dessous du pubis.

De la manière d'appliquer le lacs sur le pied.

1316. Pour appliquer ce ruban, on le plie dans son milieu, et on passe les deux chefs dans l'anse qui en résulte, afin d'en former un anneau en ma-

(1) Nous serions à même de prouver cette assertion par un grand nombre d'observations, si nous n'étions retenus par la crainte de blesser l'amour-propre des personnes de l'art qui nous ont donné occasion de les faire.

nière de nœud coulant. Il est facile d'y engager le pied jusqu'au bas de la jambe, quand il se présente à la vulve; mais l'on n'y parvient que difficilement, lorsqu'il est encore fort haut dans le bassin. Quelques Praticiens passent alors le poignet dans l'anneau qu'ils ont formé avec le ruban, et après avoir saisi le pied de la même main introduite dans le vagin, ils portent cet anneau sur le bas de la jambe, en le poussant de plusieurs doigts de l'autre main, et ils le serrent plus ou moins, en tirant ensuite sur les deux chefs qui pendent au-dehors. D'autres se sont servis d'une espèce de petit forceps, pour l'appliquer, ou d'un instrument destiné à porter des ligatures dans les lieux profonds. Un porte-lacs sur le pied ne seroit pas d'une invention très-difficile : mais il augmenteroit inutilement le nombre, déjà trop grand, des instrumens de notre art.

Section II.

De la manière de retourner et d'extraire l'enfant dans la première, la seconde et la troisième espèces d'accouchemens, où le sommet de la tête se présente.

De la première espèce de ces accouchemens.

1317. Nous ne ferons que retracer ici les caractères de la position de la tête, qui constitue la première de ces espèces d'accouchemens, les ayant exposés assez au long dans un autre lieu. Cette position est telle que la suture sagittale traverse obliquement le bassin, de la cavité cotyloïde gauche à la jonction sacro-iliaque droite; le front étant au-

devant et au-dessus de celle-ci, et l'occiput derrière celle-là.

Du choix de la main avec laquelle il convient d'opérer.

1317. S'il paroît indifférent à quelques-uns d'introduire la main droite ou la main gauche dans la matrice, pour retourner l'enfant quand la tête se présente dans cette position, nous ne pensons pas de même, et nous croyons qu'il est si important de se servir de la gauche, surtout lorsque les eaux sont évacuées depuis long-temps, qu'on doit attribuer à ce défaut d'attention presque toutes les difficultés qu'on rencontre à saisir les pieds; de même que cette impossibilité apparente de le faire, qui a souvent mis dans le cas de retirer vingt fois la main avant de parvenir à les accrocher (1). Si la main gauche est alors si nécessaire, on ne peut disconvenir qu'elle ne soit au moins préférable à la droite, dans le cas où ces eaux ne font que de s'écouler; car dans l'un et l'autre, elle a toujours bien moins de chemin à parcourir que celle-ci, pour parvenir aux pieds (2); l'on peut, à son

(1) Nous avons été témoin de ce que nous avançons : deux Accoucheurs, habitués sans doute à n'opérer que de la main droite, la portèrent tour-à-tour dans la matrice, à une telle hauteur que le coude étoit caché dans la vulve, sans pouvoir toucher les pieds, dans un cas où l'on ne me permit d'opérer qu'après deux heures d'un travail aussi opiniâtre qu'alarmant. Connoissant mieux la position de l'enfant, je ne portai la main gauche qu'à la hauteur du poignet, pour accrocher les pieds, et en moins de deux minutes je fis ce qu'ils n'avoient pu obtenir de tant d'efforts.

(2) Le trajet que doit parcourir la main gauche est toujours d'autant plus court, qu'il y a plus de temps que les

moyen, les entraîner dans la direction la plus naturelle, et retourner l'enfant de la manière la plus favorable; ce qu'il est impossible d'exécuter de la main droite, quand les eaux sont évacuées depuis long-temps, comme on le remarque clairement par la démonstration.

1318. On se servira donc toujours de la main gauche dans l'espèce d'accouchement dont il s'agit, pour retourner l'enfant. On l'introduira dans un état presque moyen entre la pronation et la supination; on dégagera la tête du détroit supérieur, en la dirigeant sur le devant de la fosse iliaque gauche où on la fixera du poignet et de l'avant-bras, pendant qu'on ira prendre les pieds en parcourant le côté gauche de l'enfant, pour les dégager de la manière indiquée ci-dessus.

1319. Après les avoir entraînés jusqu'au milieu du vagin, on éloigne de nouveau la tête de l'enfant du détroit supérieur, afin de favoriser la version du tronc, et de les faire descendre plus facilement. Si l'on ne pouvoit les entrainer à la fois au-delà du point indiqué, par rapport à la difficulté qu'il y a de les tenir de la même main, il faudroit en abandonner un, pour le reprendre aussitôt que le premier sera dégagé.

1320. Dès le moment où les pieds paroissent au-

---

eaux de l'amnios sont écoulées, et que l'action de la matrice a pelotonné l'enfant davantage sur lui-même : celui de la main droite, au contraire, en devient d'autant plus long. La preuve de cette vérité est si claire, que personne n'oseroit l'exiger.

dehors, il faut tirer presque uniquement, mais pendant un instant seulement, sur celui qui est au-dessous du pubis. On favorise par ce moyen la descente des fesses, on s'épargne souvent quelques difficultés, et on dirige constamment la poitrine de l'enfant vers la jonction sacro-iliaque gauche; de sorte que le tronc se place, en descendant, comme dans la seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente les pieds. Du reste, on opère de même que dans cette dernière espèce (*Voyez* §§. 1223 et suivans.)

Seconde espèce d'accouchement où le sommet de la tête se présente.

1321. La position de la tête qui constitue l'espèce d'accouchement dont nous allons décrire le manuel, paroîtra la même que la précédente, si l'on ne considère que le rapport des dimensions de cette partie avec celles de l'entrée du bassin; puisque dans l'une et l'autre, la suture sagittale coupe obliquement ce détroit. La seule différence qu'il y a, consiste en ce que l'occiput, dans cette seconde position, répond à la cavité cotyloïde droite, et le front à la jonction sacro-iliaque gauche; et c'est de là cependant que naît toute celle qui regarde le manuel de cette espèce d'accouchement.

De la manière dont il faut opérer.

1322. Quand on se propose d'aller prendre les pieds de l'enfant, il faut introduire la main droite dans la matrice; ses avantages sur la gauche étant alors en raison du temps qui s'est écoulé depuis l'évacuation des eaux de l'amnios, on éprouveroit autant de difficultés à opérer de cette dernière, qu'on en rencontreroit en le faisant de la main droite dans le premier cas. On commence également par repousser la tête au-dessus de l'entrée du bassin, si elle y est engagée; mais on la dirige

alors sur la fosse iliaque droite où l'on a soin de la maintenir, pendant qu'on va chercher les pieds en suivant le côté droit de l'enfant.

1323. Aussitôt que ces extrémités sont parvenues au-dehors, on doit tirer avec un peu plus de force sur le pied gauche qui se trouve alors sous le pubis, tant pour faciliter la descente des fesses, que pour obliger la poitrine à se tourner vers la jonction sacro-iliaque droite, et à se placer comme dans la première espèce d'accouchement où les pieds se présentent naturellement. (*V.* §§. 1216 et suiv.)

Troisième espèce d'accouchement où le sommet de la tête se présente.

1324. Dans la troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête, la suture sagittale traverse l'entrée du bassin directement de devant en arrière, et de sorte que l'occiput répond au pubis et la face au-dessus du sacrum.

1325. Cette position, par elle-même, peut rendre l'accouchement difficile, indépendamment de toute autre cause, quand le bassin de la femme ne jouit pas de toute sa largeur naturelle; parce que le plus grand diamètre de la tête se présente parallèlement au plus petit diamètre du détroit supérieur, dans le sens où ce détroit est le plus souvent resserré, et tend à s'y présenter de plus en plus, dans le cours du travail : mais lorsque le bassin est bien conformé, cette position peut être tout aussi favorable à l'accouchement que les précédentes. L'indication, dans le premier cas, se déduit facilement de ce qui vient d'être dit du rapport des dimensions de la tête avec celles du détroit; il faut détourner l'occiput de dessus le pubis, et le diriger vers l'une des

cavités cotyloïdes. Quelques doigts introduits dans le vagin suffisent ordinairement pour opérer ce déplacement, pourvu qu'on y procède de bonne heure.

De la main dont on doit aller prendre les pieds.

1326. Lorsqu'il se rencontre une des causes qui exigent qu'on retourne l'enfant et qu'on le fasse venir par les pieds, on peut introduire avec le même avantage dans le sein de la femme, la main droite ou la main gauche, pourvu qu'on soit habitué à s'en servir également. On l'insinue en suivant le sacrum, jusqu'à ce qu'elle embrasse exactement le front et une partie du reste de la face. On fait alors décrire à la tête un quart de rotation sur son axe, afin de tourner la face de côté; et l'on observe dans la suite d'en faire faire autant au tronc, parce que ce premier mouvement se borne à la tête, et n'est qu'une suite de la torsion du col. Quand on se sert de la main droite, on tourne la face vers le côté gauche de la femme, en portant la tête sur la fosse iliaque droite, *et vice versâ*: puis on termine l'accouchement, comme celui de la première ou de la seconde espèce, selon la main dont a fait choix pour l'opérer.

Section III.

De la manière d'opérer la quatrième, la cinquième et la sixième espèces d'accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête.

De la quatrième et cinquième espèces.

1327. Dans la quatrième et la cinquième de ces espèces d'accouchemens, la tête de l'enfant se présente diagonalement à l'entrée du bassin; mais de sorte que dans la quatrième, l'occiput répond à

la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche ; au lieu que dans la cinquième, ce dernier est situé derrière la cavité cotyloïde droite, et l'occiput vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque gauche.

De la manière d'opérer dans ces deux cas.

1328. Nous avons fait remarquer, aux §§. 672, 699 et suivans, que l'accouchement étoit en général plus difficile quand la tête se présentoit dans l'une ou l'autre de ces positions, que dans les premières, parce que la face se tournoit alors presque toujours au-dessous du pubis dans le dernier temps du travail. Mais il est très-rare cependant, lorsque le bassin de la mère est d'une conformation ordinaire, que cette seule cause oblige à retourner l'enfant; soit parce que la tête peut le traverser, quoique un peu plus difficilement, soit parce que les obstacles qui en résultent ne se manifestent que quand elle se présente pour ainsi dire au passage, que souvent il n'est plus temps alors de la repousser pour aller prendre les pieds, et que le forceps mérite la préférence sur cette méthode.

1329. Si la tête ne pouvoit pas se dégager, dans cette position où le front répond à l'arcade du pubis, il faudroit donc se servir du forceps : mais on ira prendre les pieds, si des causes étrangères à cette position invitent à opérer l'accouchement plus tôt, surtout si ces causes accidentelles se manifestent lorsque la tête est encore libre au-dessus du bassin, ou avant qu'elle n'y soit fortement engagée. La manière de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente dans la quatrième position, est exactement la même que pour la deuxième, et l'on doit se conduire dans la cinquième comme dans la

première. (*Voyez* les §§. 1318 et 1322, où l'on traite de ces deux espèces d'accouchemens.) Nous observerons seulement que c'est surtout dans celles que nous exposons que l'Accoucheur doit tirer presque uniquement sur le pied qui est au-dessous du pubis de la mère, dès que l'un et l'autre paroissent au-dehors; c'est-à-dire, sur le pied gauche dans la quatrième espèce, et sur le pied droit dans la cinquième, afin d'engager les fesses de l'enfant plus aisément, et de tourner en même temps la poitrine vis-à-vis l'une des symphyses sacro-iliaques.

Sixième espèce d'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête.

1330. Dans la sixième espèce d'accouchement où le sommet de la tête se présente, le front répond au pubis dans tous les temps du travail, et l'occiput au sacrum ; ou bien, s'ils s'en détournent un peu au commencement, ils y reviennent ensuite.

1331. Cette espèce d'accouchement, considéré comme naturel, réunit en elle les difficultés essentielles des troisième, quatrième et cinquième espèces; puisque d'un côté la tête présente son plus grand diamètre au plus petit du détroit supérieur, et que de l'autre la face vient constamment se placer sous le pubis.

De la manière d'opérer dans cette espèce d'accouchement.

1332. Pour épargner à la femme un travail alors toujours très-long, même quand le bassin a presque toute sa largeur naturelle, on devroit détourner l'occiput de dessus la saillie du sacrum, dès l'instant de l'ouverture de la poche des eaux, si l'on étoit appelé avant, et le ramener insensiblement vers l'arcade du pubis, à mesure que la tête s'enfonce dans le bassin : mais il ne faut jamais tenter ce déplacement quand elle occupe entièrement

cette cavité. Ce ne seroit alors qu'avec de grandes forces que la face pourroit être conduite de dessous le pubis au-devant du sacrum; et ce déplacement ne pouvant se faire d'ailleurs dans ce temps du travail, qu'aux dépens d'une torsion extraordinaire du col, deviendroit très-dangereux pour l'enfant s'il ne le faisoit mourir à l'instant.

1333. Quand le bassin de la mère est un peu resserré, principalement lorsqu'il existe des accidens, si la tête peut être encore repoussée facilement, on retournera l'enfant et on l'amènera par les pieds : autrement, on se servira du forceps. Dans le premier cas, on introduit à son choix l'une ou l'autre main dans la matrice ; on applique d'abord les doigts réunis sur l'un des côtés de la tête, et le pouce sur l'autre, afin de l'empoigner avec assez de force pour lui faire exécuter un mouvement de pivot, qui tende à tourner la face vers l'un des côtés du bassin; savoir, vers le côté gauche, si l'on se sert de la main droite, *et vice versâ*. Après avoir déplacé la tête de cette manière, et l'avoir réduite à l'une de ses deux premières positions, on continue d'avancer la main pour prendre les pieds, comme il a été prescrit à l'occasion de celles-ci. On observe de plus, de tourner la poitrine de l'enfant dans le même sens que la face, et de faire faire au tronc un mouvement de rotation semblable à celui qu'on a fait décrire à la tête dans le premier instant. Du reste, on achève l'accouchement comme dans les cas précédens.

CHAPITRE IV.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la face, le devant du col, la poitrine, le ventre, le devant du bassin et des cuisses.

ARTICLE PREMIER.

Des Accouchemens où l'enfant présente la face.

Des accouchemens où l'enfant présente la face.

1334. Les auteurs fournissent beaucoup d'exemples d'accouchemens où l'enfant présentoit la face à l'orifice de la matrice, et nous pourrions y en ajouter un assez grand nombre, parce que ces accouchemens ne sont pas extrêmement rares (1). Mais la plupart de ces auteurs sont si diffus qu'on a peine à les comprendre; et loin de nous éclairer sur la conduite qu'il faut tenir en pareil cas, leurs préceptes contradictoires ne serviroient souvent qu'à détourner les jeunes praticiens du chemin qu'il convient de suivre, s'ils n'avoient pas d'autres guides. Ce qu'on remarque à travers l'obscurité qui règne sur ce point, c'est que parmi les femmes dont l'enfant présentoit la face, les unes se sont délivrées seules, et que l'accouchement des autres a été des plus laborieux.

(1) L'hospice de la Maternité en a fourni trente et un, sur 10,685.

Section première.

Des causes, des signes et différences des accouchemens dans lesquels l'enfant présente la face, et des indications qu'ils prescrivent.

Des causes qui déterminent la face de l'enfant à se présenter.

1335. Presque tous ceux qui ont fait mention de cette mauvaise position, l'ont attribuée à l'obliquité de la matrice, et l'on ne peut disconvenir qu'elle n'en soit au moins une cause éloignée ou prédisposante. Mais quelle que soit la déviation dont il s'agit, la face ne se présente presque jamais dans le commencement du travail, et ce n'est d'abord que le haut du front; elle ne s'avance qu'autant que les efforts de l'accouchement se répètent.

1336. Ceux qui ont bien compris ce que nous avons dit au §. 1289 et suivans, du mécanisme de la mauvaise situation que la tête prend quelquefois en se plongeant dans le fond du bassin, lorsqu'elle présente le vertex, ne seront point embarrassés pour expliquer comment la face peut s'y engager; et ils concevront clairement d'ailleurs d'où proviennent les difficultés qui s'opposent alors à l'accouchement, ou qui le rendent souvent des plus longs et des plus laborieux.

Caractères de la face.

1337. On reconnoît aisément la face, en touchant la femme dans les premiers momens qui suivent l'ouverture de la poche des eaux, parce que les signes qui la caractérisent ne sont pas encore masqués par la tuméfaction qui y survient un peu plus tard : ces signes distinctifs sont le nez, la bou-

che, le menton, le rebord des orbites, et la suture qui règne le long du front.

Des positions de la face relativement au bassin.

1338. Nous distinguerons quatre espèces d'accouchemens dans lesquels l'enfant présente la face, relativement aux quatre positions principales que cette région peut prendre à l'égard du bassin.

1339. Dans la première, la longueur de la face se présente selon le plus petit diamètre du détroit supérieur, de manière que le front est situé au-dessus du pubis, et que le menton répond à l'angle sacro-vertébral.

1340. Dans la seconde position, la longueur de la face se présente encore parallèlement au petit diamètre de l'entrée du bassin ; mais le menton se trouve derrière le pubis, et le front au-devant du sacrum.

1341. Dans la troisième, la face est située transversalement à l'égard du bassin, de manière que le front répond au côté gauche de celui-ci, et le menton au côté droit.

1342. Le contraire a lieu dans la quatrième espèce, le front étant placé vers le côté droit, et le menton vers le gauche.

1343. Ces quatre positions ne se rencontrent pas aussi fréquemment les unes que les autres. Les deux dernières sont les plus ordinaires, quoiqu'elles soient elles-mêmes assez rares, si on les considère relativement à quelques-unes des positions qui ont été décrites jusqu'ici (*V.* §. 1334.)

1344. Les accouchemens où la face se présente doivent passer pour contre nature, indépendamment des accidens qui peuvent rendre tels ceux où l'enfant est situé de la manière la plus avanta-

geuse : car pour qu'ils se fassent seuls, selon le langage vulgaire, il faut que la tête soit très-petite, ou le bassin de la mère très-large : autrement, ou sans ces conditions, ils deviennent fort longs et difficiles ; les enfans naissent avec la face tuméfiée, livide, et presque toujours privés de la vie, ou au moment de la perdre, à cause de l'engorgement du cerveau.

1345. Lorsque la tête s'avance librement dans le bassin, ce qui n'a lieu que dans la troisième et la quatrième positions, il faut laisser agir la nature. Bientôt la face qui est alors placée transversalement, prend une autre direction, le menton se porte sous l'arcade du pubis, et paroît vers le haut de la vulve, tandis que le sommet se dirige en arrière dans la courbure du sacrum, et vient passer, après le front, sur le bord antérieur du périnée : de sorte que la tête s'échappe encore du bassin, en n'offrant à ses diamètres que les plus petits des siens. Nous avons vu quelquefois de ces sortes d'accouchemens se terminer avec une étonnante facilité.

1346. Les obstacles qui nuisent le plus souvent à la naissance des enfans qui offrent la face, les difficultés que la femme peut éprouver à s'en délivrer seule, même dans les circonstances qui paroissent les plus favorables, le danger qui les menace alors, semblent inviter, dans tous les cas, à leur donner quelques secours.

Des indications que prescrivent les accouchemens où la face se présente.

1347. L'indication la plus générale consiste à redresser la tête de l'enfant, c'est-à-dire, à faire remonter la face et descendre l'occiput, pour rappeler le sommet à sa situation ordinaire. Quand on ne peut seconder aussi heureusement les efforts de la nature, soit parce qu'on est ap-

pelé trop tard, ou que des circonstances accidentelles présentent l'indication d'opérer l'accouchement sur-le-champ, on est obligé de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, ou d'extraire la tête avec des instrumens lorsqu'elle se trouve profondément engagée et serrée dans le bassin.

1348. Selon quelques Praticiens, ce seroit perdre un temps précieux, que de vouloir convertir la mauvaise position de la tête en une meilleure, parce qu'on y réussit rarement, disent-ils : mais on y réussiroit plus rarement encore, qu'on ne devroit pas négliger de le tenter, soit par rapport aux avantages que l'enfant peut en retirer lorsqu'on y parvient, soit à cause des inconvéniens qui accompagnent assez souvent les autres méthodes d'opérer l'accouchement dans ces sortes de cas.

De la manière en général de ramener la tête à sa situation naturelle.

1349. C'est bien moins en repoussant la face, comme la plupart des Accoucheurs l'ont conseillé, qu'on peut espérer de changer la position de la tête, qu'en agissant sur l'occiput même, qu'il faut tâcher d'accrocher de plusieurs doigts pour l'entraîner en en-bas. L'expérience nous permet de dire que cela s'exécute quelquefois sans beaucoup de peine, quand la tête est encore libre sur l'entrée du bassin, ou susceptible d'y être repoussée aisément : mais ce procédé, toujours difficile, est souvent impraticable, lorsqu'elle occupe le fond de cette cavité et s'y trouve étroitement serrée ; soit parce que les doigts ne peuvent plus pénétrer assez loin pour saisir convenablement l'occiput ; soit, en supposant d'ailleurs qu'ils le puissent, parce que la tête ne peut alors faire le mouvement de bascule nécessaire à l'abaissement de son extrémité occi-

pitale, devant présenter de front, dans ce mouvement, un diamètre de cinq pouces et un quart ou environ, au diamètre du bassin, non compris l'épaisseur des doigts qui opèrent. Un levier plus courbe et plus large que celui qui est encore en usage parmi nous, pourroit alors offrir quelques avantages de plus que les doigts (1).

1350. Si l'on trouve assez de ressources dans les forces de la nature pour opérer l'accouchement, il faudra donc essayer de ramener la tête à sa bonne position : dans le cas contraire, on retournera l'enfant et on l'amènera par les pieds; à moins que d'autres circonstances ne s'y opposent, et n'exigent l'emploi du levier ou du forceps, comme on l'exposera plus particulièrement dans la suite de cet ouvrage.

Section II.

De la manière d'opérer les diverses espèces d'accouchemens où l'enfant présente la face, lorsqu'ils peuvent l'être avec la main seule.

De la manière d'opérer dans la première position de la face.

1351. La première de ces espèces d'accouchemens est une des plus rares qui puissent se rencontrer, et il s'en faut aussi de beaucoup que la position qui la constitue soit des meilleures. Cette position est telle qu'on ne peut, le plus souvent, ramener la tête à l'une de celles qui conviennnent à sa sortie, parce que la main ne peut être conduite directement sur l'occiput pour l'entraîner en

(1) Voyez l'article où l'on traite du levier, partie IV.

en-bas, comme dans les positions suivantes. Pour parvenir à ramener la tête à sa situation naturelle, il faudroit repousser la face en agissant sur les côtés du nez, ce qui ne seroit pas sans inconvéniens pour l'enfant, même en supposant qu'il y fallût employer peu de force; ou bien il faudroit d'abord déplacer la tête et diriger la face transversalement à l'égard du bassin, afin de conduire ensuite la main sur la région occipitale, comme on le prescrira pour la troisième et la quatrième positions. Ces procédés n'étant pas faciles à exécuter, même à l'instant de l'écoulement des eaux, à plus forte raison doit-on y avoir peu de confiance lorsque la tête a franchi le détroit supérieur, et occupe le fond du bassin. Il est donc presque toujours indispensable, dans le cas où la première position de la face a lieu, de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds.

1352. On peut alors se servir de la main droite ou de la gauche, avec le même avantage. On l'introduit en suivant le sacrum, et dans un état de supination, jusqu'à ce que le bout des doigts réunis soit parvenu sous le menton de l'enfant. On écarte les doigts dans ce moment, pour embrasser exactement le bas de la face, et la relever en avançant la main un peu plus loin dans le sein de la femme. On porte ensuite la tête sur l'une des fosses iliaques; savoir, sur la droite, lorsqu'on se sert de la main droite, *et vice versâ*, mais en observant de tourner la face en même temps vers l'autre côté, de sorte qu'elle regarde la main qui opère, comme nous l'avons recommandé à l'occasion de la troisième et sixième espèces d'accouchemens où

le sommet de la tête se présente. Après cela, on va prendre les pieds comme dans l'un de ces derniers cas. (*Voyez* §§. 1326 et 1333.)

Seconde espèce d'accouchement où la face se présente, et de la manière de l'opérer.

1353. Si l'on peut espérer de repousser le menton de l'enfant sur sa poitrine et de ramener le vertex à l'entrée du bassin quand la face se présente dans la seconde position, l'on ne doit guère se promettre de la réduire entièrement à la situation la plus avantageuse; excepté, peut-être, dans le moment où la poche des eaux vient à s'ouvrir; encore ne seroit-ce pas alors sans de grandes difficultés qu'on y parviendroit. Ce déplacement n'est plus possible, et il seroit même dangereux de le tenter, lorsque les eaux sont évacuées depuis longtemps. Si l'on veut essayer de l'opérer dans le premier moment, il faut avancer une main le long du sacrum et de la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce que les doigts puissent embrasser l'occiput assez exactement pour l'entraîner, et forcer ainsi la face de remonter : il faudroit en même temps qu'on entraîne l'occiput de cette manière, le tourner vers l'une des cavités cotyloïdes, afin de le diriger insensiblement dans la suite sous l'arcade du pubis.

1354. Lorsqu'on rencontre trop de difficulté dans cette entreprise, ou que des circonstances exigent qu'on retourne l'enfant, il faut aller chercher les pieds. On peut encore introduire, à son choix, l'une ou l'autre main dans la matrice. On dégage d'abord la tête du détroit supérieur, en la faisant remonter convenablement; on la saisit ensuite de manière qu'on puisse en détourner le sommet de dessus la saillie du sacrum, et le diriger

vers l'une des fosses iliaques; savoir, vers la droite quand on se sert de la main droite, *et vice versâ*. Après avoir donné cette position transversale à la tête, on insinue la main en suivant un des côtés de l'enfant, pour aller prendre les pieds et terminer l'accouchement selon les règles prescrites à l'occasion de la sixième espèce, où le vertex se présente. *Voyez* §. 1333.

Troisième espèce d'accouchement où la face se présente.

1355. Quand on n'a d'autre indication à remplir dans la troisième espèce d'accouchement où la face se présente, que celle de ramener la tête à sa situation naturelle, on doit introduire la main droite vers le côté gauche du bassin jusqu'à ce qu'on puisse recourber le bout des doigts au-dessus de l'occiput, pour l'entraîner en tirant à soi. Si la tête étoit descendue dans le fond du bassin, et s'y trouvoit serrée au point qu'on ne puisse avancer les doigts assez loin sur l'occiput, il faudroit la repousser en totalité, ou bien essayer avec beaucoup de soin de relever la face, au moyen de quelques doigts de la main gauche placés sur la mâchoire supérieure et à côté du nez. Si l'on pouvoit repousser un peu le bas de la face de cette manière, on frayeroit un chemin plus libre à l'autre main du côté de l'occiput; mais comme l'on ne sauroit agir avec trop de précaution sur la face même, crainte de la meurtrir et de la contondre, pour peu qu'on éprouve de difficulté, il vaut mieux repousser la tête au-dessus du détroit, pour aller chercher l'occiput.

1356. Lorsqu'on est obligé de retourner l'enfant, soit qu'on ait ramené la tête à sa position naturelle ou non, il faut se conduire comme dans

la première espèce d'accouchement où le vertex se présente. On introduit la main gauche dans la matrice, en la dirigeant le long du côté gauche de l'enfant, jusqu'à ce que les doigts puissent saisir les pieds. (*Voyez* §. 1318.)

Quatrième espèce d'accouchement où la face se présente.

1357. La quatrième espèce d'accouchement où la face se présente diffère peu de la précédente, quant à la manière de l'opérer; si ce n'est qu'on doit exécuter de la main gauche tout ce qui vient d'être prescrit pour la droite, *et vice versâ*. Veut-on, par exemple, changer la position de la tête en une meilleure, il faut introduire la main gauche vers le côté droit du bassin, pour accrocher l'occiput qui est au-dessus et l'entraîner : mais on se sert de la main droite lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds. On observe d'ailleurs toutes les précautions énoncées ci-devant, et quand les pieds sont sortis, on termine l'accouchement comme si le sommet de la tête s'étoit présenté dans la seconde position. (*Voyez* §. 1322 (1).)

---

(1) Quelques Auteurs font mention d'accouchemens où l'enfant présente le front; et l'un d'eux ajoute qu'ils sont plus fâcheux que ceux où il présente la face ; ce qui peut être vrai à quelques égards. Comme ces accouchemens se trouvent compris dans ce que nous avons dit de la mauvaise situation que la tête prend quelquefois en s'engageant dans le bassin, on peut consulter les §§. 1289 et suiv.

ARTICLE II.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le devant du col, vulgairement appelé la gorge.

Des accouchemens où l'enfant présente le devant du col.

1358. On peut inférer du silence de la plupart des Auteurs sur les accouchemens où l'enfant présente la partie antérieure du col, qu'ils sont extrêmement rares; *de la Motte* est presque le seul qui en ait fait mention; encore n'en cite-t-il que deux exemples.

Section première.

Des causes, des signes, des différences des Accouchemens, où l'enfant présente le devant du col, et des indications qu'ils nous offrent.

Des causes qui peuvent déterminer le devant du col à se présenter.

1359. Ces accouchemens ont tant de rapport avec ceux qui font le sujet de l'article précédent, qu'on pourroit les regarder comme l'effet des mêmes causes. On conçoit aisément pourquoi le devant du col, plutôt qu'une autre région de la surface de l'enfant, vient se présenter sur l'entrée du bassin, lorsqu'on fait attention que le grand diamètre du corps de cet enfant, au moment de l'ouverture de la poche des eaux, peut être incliné à l'égard de l'axe du bassin de manière que le front se trouve appuyé sur le rebord du détroit supérieur, du côté opposé à celui de l'obliquité; car, dans ce cas, l'effet des contractions de la matrice se borne presque uniquement à renverser la tête

en arrière et à faire avancer la région dont il s'agit, si la face ne vient pas elle-même se présenter.

1360. Ce rapport accidentel du grand diamètre du corps de l'enfant à l'égard de l'axe du bassin de la mère, peut être une suite de l'obliquité de la matrice, ou, ce qui est bien plus ordinaire, de la grande quantité d'eau qu'elle contient. Si ces causes qui se rencontrent quelquefois ensemble, ne forcent pas plus souvent la partie antérieure du col à se présenter, c'est que la situation de l'enfant à l'instant de l'écoulement des eaux n'est pas toujours la même relativement au détroit supérieur.

1361. On voit clairement pourquoi l'enfant dont le devant du col se présente le premier, ne peut naître sans les secours de l'art. L'obstacle vient alors du défaut de proportion qui existe entre le bassin de la femme et le volume des parties qui s'efforcent de s'y engager en même temps, c'est-à-dire, de la tête et de la poitrine de l'enfant.

Des caractères qui font reconnoître le devant du col.

1362. Ce n'est qu'au moment de l'ouverture des membranes, et même quelque temps après, qu'on peut reconnoître le devant du col; parce que les signes caractéristiques de cette région qu'on ne touche que très-superficiellement avant cet instant, sont peu apparens au tact, et que ceux qui pourroient ne laisser aucun doute, sont encore souvent éloignés du cercle que le bout du doigt peut alors parcourir. Ces derniers signes sont le menton et le haut de la poitrine, que dénotent l'échancrure du sternum et les clavicules.

Des positions que le devant du col peut prendre

1363. Le devant du col ne se présente pas toujours de la même manière à l'entrée du bassin : on remarque, dans l'une des deux observations de

de la Motte, que le menton se trouvoit accroché au pubis, et qu'il répondoit au sacrum dans l'autre. Quoique personne n'ait parlé bien clairement des positions transversales, ou un peu diagonales de cette région, elles paroissent cependant devoir être plus fréquentes que les autres, en ce que la forme des parties de l'enfant s'accommode alors beaucoup mieux à celle de l'entrée du bassin de la mère. Nous réduirons toutes ces positions à quatre principales.

à l'égard du détroit supérieur.

1364. Dans la première, la longueur du col se trouvé placée selon le petit diamètre du détroit supérieur, de manière que le bas de la face est appuyé sur le pubis, et le haut de la poitrine sur la saillie du sacrum.

1365. Dans la seconde, c'est la poitrine qui se trouve au-dessus du pubis, et la face vers le sacrum, mais un peu de côté à cause de la saillie de ce dernier et de la colonne lombaire.

1366. Dans la troisième position le col est placé transversalement, de sorte que la tête est appuyée sur le devant de la fosse iliaque gauche, et la poitrine sur la droite.

1367. Dans la quatrième position, l'enfant est placé également en travers, mais de façon que la poitrine est sur la fosse iliaque gauche, et la tête sur la droite.

1368. Ces quatre positions, qui constituent autant d'espèces d'accouchemens, sont aussi fâcheuses les unes que les autres pour l'enfant. Il ne peut naître dans l'attitude où il se trouve alors, la tête étant renversée sur le dos; et le danger qui le menace est proportionné à la force et à la durée de

la compression qu'il éprouve de la part de la matrice, après l'écoulement des eaux.

Des indications que présentent les diverses positions du col.

1369. Les indications générales que présentent ces sortes d'accouchemens, relativement à la manière de les terminer, se réduisent aux deux suivantes : il faut ramener la tête de l'enfant à sa situation naturelle, ou aller prendre les pieds; mais il est si difficile de satisfaire à la première, même dans les circonstances qui paroissent les plus favorables, que nous ne conseillons pas de le tenter.

Section II.

Méthode d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le devant du col.

Première espèce d'accouchement où le devant du col se présente.

1370. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, il est toujours nécessaire d'aller chercher les pieds de l'enfant et de le retourner. On peut, à son choix, introduire l'une ou l'autre main dans le sein de la femme. On l'insinue d'abord en dessous, et dans un état de supination, jusque sur la poitrine de cet enfant; si l'on opère de la main droite, on dirige les doigts, en les recourbant un peu, sur le côté de la hanche droite, pour embrasser le tronc de manière à le faire rouler sur son axe, et à tourner, autant qu'il est possible, sa face antérieure vers le côté gauche de la femme. Après cela, on va chercher le pied droit, on l'entraîne jusqu'à la vulve, où on le retient au moyen d'un lacs, si on le juge à propos, tandis qu'on reporte la main vers le fond de la matrice pour en dégager le second. Dès qu'ils sont sortis l'un et

l'autre, on tire un peu plus fort sur le premier, mais pendant quelques instans seulement, puis également sur les deux ; observant durant tout ce temps, d'appuyer légèrement de l'autre main sur l'endroit du ventre de la femme où répond la tête de l'enfant, comme pour la repousser vers le haut. Quand on a introduit la main gauche, au lieu de la droite, on dirige les doigts vers la hanche gauche de l'enfant, en passant obliquement sous sa poitrine qu'on s'efforce de tourner vers le côté droit de la mère : ensuite on dégage les pieds successivement, comme dans le cas précédent, en commençant par celui du côté gauche, pour terminer l'accouchement avec les précautions indiquées.

Seconde espèce d'accouchement où le devant du col se présente.

1371. Il paroît impossible que la longueur de la partie antérieure du col réponde exactement au petit diamètre du détroit supérieur, dans la seconde position que nous avons annoncée, parce que le devant de la tête ne peut rester appuyé sur la saillie de la colonne lombaire : le menton ne se présentera donc pas directement sur l'angle supérieur du sacrum, mais vers l'un de ses côtés, et la face sur la partie postérieure de la fosse iliaque.

1372. Le rapport de l'enfant avec le bassin, et son attitude dans la matrice, sont alors tels, qu'on entrevoit à peine comment on pourra porter la main jusqu'aux pieds, et surtout quand les eaux sont écoulées depuis long-temps. Pour opérer le plus sûrement possible dans ce cas, l'Accoucheur le fera de sa main droite, toutes les fois que la face sera placée sur le côté droit de la colonne vertébrale, et de sa main gauche lorsqu'elle sera sur le côté gauche de cette colonne. Il introduit la pre-

mière jusqu'au-dessus de l'oreille droite de l'enfant et en poussant la tête vers le devant de la fosse iliaque sur laquelle elle est déjà appuyée, pendant que de l'autre main appliquée sur le ventre il inclinera le fond de la matrice vers le côté gauche, afin de donner à l'enfant une position presque transversale à l'égard du bassin, et favoriser le reste de l'opération. Ce déplacement qui n'est pas exclusivement celui de l'enfant, mais que la matrice exécute également, étant porté aussi loin qu'il est possible de le faire, on dirige la main sur le pied droit, et on le fait descendre le plus qu'on peut, avant d'aller chercher le second. On opère d'ailleurs comme dans la position précédente.

1373. Lorsqu'on se sert de la main gauche, on l'introduit vers le côté droit du bassin, afin de porter la tête de l'enfant sur le devant de la fosse iliaque gauche, pendant qu'on inclinera le fond de la matrice du côté droit, pour s'épargner quelques-unes des difficultés qu'on rencontreroit, sans cette précaution, en allant à la recherche des pieds. C'est alors en suivant le côté gauche de l'enfant, et en accrochant en premier lieu le pied de ce côté, qu'on parvient à dégager l'un et l'autre convenablement.

Troisième espèce d'accouchement où le devant du col se présente.

1374. On doit toujours opérer de la main gauche dans la troisième espèce d'accouchement où le devant du col se présente. On l'insinue au-dessous de la poitrine, en la dirigeant vers le haut de la fosse iliaque droite, et en suivant le côté gauche de l'enfant jusqu'à sa hanche, pour gagner plus facilement les pieds, qu'on entraîne selon l'ordre

dans lequel ils se présentent. Si on éprouvoit quelques difficultés à les faire descendre après les avoir dégagés l'un et l'autre de la matrice, il faudroit repousser un peu le haut de la poitrine de l'enfant, et le faire même à différentes reprises, si les circonstances l'exigeoient, afin de favoriser la descente des fesses qui, sans cette précaution, trouveroient peut-être de grands obstacles à s'engager.

1375. Pour parvenir plus aisément aux pieds de l'enfant, dans la position du col dont il s'agit, quelques Praticiens ont conseillé de repousser d'abord la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche, et de faire descendre le devant des cuisses sur l'entrée du bassin, en y faisant passer successivement la poitrine et le bas-ventre; mais ce procédé ne peut s'exécuter qu'au moment de l'évacuation des eaux, et encore présente-t-il beaucoup de difficulté : ce ne seroit donc que dans ce moment qu'il seroit permis de le tenter, si celui que nous venons de décrire n'étoit alors bien plus facile, et préférable conséquemment dans tous les cas.

De la quatrième espèce d'accouchement où l'enfant présente le devant du col.

1376. Il faut se conduire dans la quatrième position du col, comme dans la troisième, avec cette légère différence, que ce sera de la main droite qu'on opérera. On l'insinuera au-dessous de l'enfant, en la dirigeant obliquement vers la fosse iliaque gauche de la femme, pour parvenir aux pieds et les dégager, en observant les précautions indiquées au §. 1374.

ARTICLE III.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la poitrine.

Des accouchemens où l'enfant présente la poitrine.

1377. L'on ne sera pas surpris de ce qu'il se rencontre à peine dans les Auteurs, quelques exemples bien caractérisés d'accouchemens où l'enfant ait présenté le devant de la poitrine, si on fait attention à l'attitude qu'il doit nécessairement prendre pour se placer de cette manière. Sans s'éloigner de la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement replié dans le sein de sa mère, il peut offrir le dos, les lombes, l'épaule, la tête, les genoux ou les pieds, avec les mains et le cordon (1); mais le devant de la poitrine ne peut se placer à l'entrée du bassin, que la tête au moins ne soit renversée fortement sur le dos ; et quelques Praticiens l'ont même représenté ayant alors les cuisses alongées, les jambes fléchies, et les pieds appuyés sur les lombes.

---

(1) Les Auteurs sont pleins d'observations où l'on voit que l'enfant présentoit en même temps à l'orifice de la matrice, les mains, les genoux ou les pieds, et le cordon: mais nous ne ferons pas de ces accouchemens des espèces particulières, parce qu'ils n'offrent d'autres règles de pratique que celles qui conviennent à ceux dont nous allons parler, et que nous avons déjà exposés.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes, des signes et différences des Accouchemens où l'enfant présente la poitrine.

Des causes qui déterminent la poitrine à se présenter.

1378. Cette mauvaise position ne peut être l'effet que du concours de plusieurs causes, car une seule ne peut la produire : mais l'on ne voit pas clairement quel est l'enchaînement de ces causes. Il paraît que l'étendue extraordinaire de la cavité de la matrice relativement au volume du fœtus dans les derniers temps de la grossesse, est une de ces conditions nécessaires pour que les choses arrivent de cette manière.

Des causes qui rendent ces accouchemens contre nature.

1379. Il est bien plus facile d'expliquer pourquoi l'accouchement ne peut s'opérer naturellement quand l'enfant présente la poitrine. Toute la difficulté vient alors de ce que la plus grande longueur du corps se trouve en quelque sorte parallèle à l'un des diamètres du bassin, et tend, pour ainsi dire, à s'y engager de front, au lieu d'y offrir l'une de ses extrémités : c'est dans ces sortes de cas où l'enfant viendroit réellement en double, si la poitrine pouvoit s'avancer ainsi ; mais il n'est pas de bassins assez vastes pour lui donner issue sous cette forme.

Caractères de la partie antérieure de la poitrine.

1380. Il est facile de reconnaître la poitrine, quand on n'en fait la recherche qu'après l'évacuation des eaux. Elle présente une surface aussi étendue que l'entrée du bassin même, et elle peut s'y engager assez pour devenir accessible au doigt de l'Accoucheur, et le mettre à même de distin-

guer sans peine les côtes, les clavicules, la région du sternum, et le haut de l'abdomen.

1381. Quoique ces accouchemens ne se rencontrent que très-rarement, nous en distinguerons cependant quatre espèces, relativement aux quatre positions dans lesquelles la poitrine peut se présenter.

1382. Dans la première, le devant du col de l'enfant est appuyé sur le rebord du pubis, et le bas-ventre au-dessus du sacrum ; la longueur de la poitrine étant placée dans la direction du petit diamètre de l'entrée du bassin.

1383. On observe le contraire dans la deuxième espèce ; le bas-ventre de l'enfant étant au-dessus du pubis de la mère, et le devant du col sur la base du sacrum.

1384. La situation du col et de la tête sur la fosse iliaque gauche, et celle du ventre sur la fosse iliaque droite, caractérisent la troisième espèce ; et la position inverse de ces mêmes parties, relativement au bassin, constitue la quatrième : d'où l'on voit que la poitrine est placée transversalement sur le détroit, dans ces deux derniers cas.

Section II.

De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente la poitrine.

Des indications que nous offrent les accouchemens où l'enfant pré-

1385. L'obstacle à la sortie de l'enfant, provenant dans tous ces cas de la cause indiquée au § 1379, l'indication la plus générale qu'il y ait à remplir est facile à saisir : elle consiste à ramener

la tête ou les pieds à l'entrée du bassin. Si quelques Praticiens ont conseillé d'y ramener la première et d'abandonner ensuite l'accouchement aux efforts de la nature, les autres ont expressément recommandé d'aller prendre les pieds, pour le terminer à temps, et nous croyons qu'ils ont eu raison.

sente la poitrine.

1386. Quand on supposeroit ces deux méthodes également faciles, la première ne devroit pas être admise indifféremment dans toutes les circonstances ; ce ne seroit tout au plus qu'au moment de l'ouverture de la poche des eaux, qu'on pourroit la tenter avec quelque espoir de succès ; encore ne parviendroit-on alors à ramener la tête à sa situation naturelle, qu'avec beaucoup plus de difficultés qu'on n'en rencontre en allant prendre les pieds. Ces difficultés nous paroissent telles, que nous ne conseillerons pas même d'essayer cette méthode ; car pour une seule fois qu'on réussiroit péniblement, combien de tentatives inutiles et fatigantes autant pour la mère que pour l'enfant, ne feroit-on pas ? L'extraction par les pieds est préférable, et la circonstance n'admet aucune autre méthode, quand il existe des accidens.

1387. Parmi les partisans de cette dernière, les uns veulent qu'on refoule la poitrine, et successivement le bas-ventre, les cuisses et les genoux, vers le fond de la matrice, pour faire venir les pieds à l'orifice ; d'autres recommandent de les aller prendre sur les lombes de l'enfant, où ils les supposent appuyés, en passant la main sous l'un de ses côtés, pour les entraîner en faisant rouler le tronc sur son axe placé transversalement dans la matrice. Le premier de ces procédés n'est pra-

ticable au plus qu'au moment de l'ouverture de la poche des eaux ; et le second, si on le tentoit plus tard, pourroit devenir si dangereux pour l'enfant, qu'on ne sauroit s'excuser de l'avoir préféré à celui que nous recommandons.

1388. La pratique la plus sûre est d'aller chercher les pieds, en insinuant une main vers le bas du tronc de l'enfant, et en se conduisant en tout pour chaque position indiquée, comme pour celle du col, qui a été désignée sous le même nom numérique. *Voyez* l'article précédent.

1389. L'on ne doit, dans aucun de ces cas, sous quelque prétexte que ce puisse être, essayer d'extraire l'enfant en tirant sur un seul pied ; parce qu'on l'exposeroit à des accidens, dont le moins fâcheux seroit la luxation de la cuisse.

ARTICLE IV.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le bas-ventre à l'orifice de la matrice.

Des accouchemens où l'enfant présente le bas-ventre.

1390. Ces accouchemens ne paroîtront pas moins extraordinaires que ceux où l'enfant presente la poitrine en premier lieu, si on se fait une juste idée de l'attitude qu'il doit avoir alors dans la matrice ; attitude qui ne sembleroit pas être constamment la même, si les Praticiens l'ont bien reconnue ; car nous l'avons trouvée différente de ce qu'ils en ont dit. Si l'enfant a quelquefois le tronc courbé en arrière, la tête renversée sur le dos, les cuisses alongées et rapprochées l'une de l'autre, les jambes fléchies, et les pieds appuyés

sur les lombes, de sorte qu'il décrit alors une espèce d'ellipse dont le plus grand diamètre s'étend du sommet de la tête aux genoux, comme la plupart l'ont pensé; quelquefois aussi nous avons observé que les extrémités inférieures étoient pliées à l'ordinaire, les genoux étant seulement dans une plus grande abduction, et comme placés sur les côtés du ventre.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes et des signes des diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le ventre, et des indications qu'ils prescrivent.

1391. Les causes qui peuvent déterminer l'enfant à présenter le ventre à l'orifice de la matrice, paroissent les mêmes que celles qui donnent lieu à la poitrine de s'y placer en d'autres cas, et ne sont pas mieux connues pour l'une de ces régions que pour l'autre (*voyez* §. 1378) : mais celles qui rendent l'accouchement impossible sans les secours de l'art, le sont parfaitement. L'enfant dont le ventre se présente, ne peut naître dans cette attitude, parce qu'il viendroit en double, renversé sur sa partie postérieure, et que nul bassin n'est assez grand pour lui permettre de venir ainsi. (*Voyez* §. 1379.)

Des signes qui caractérisent la région abdominale.

1392. Les signes qui caractérisent les accouchemens dont il s'agit, se découvrent aisément au toucher. La région abdominale placée sur l'orifice de la matrice, y forme une tumeur molle, peu saillante mais assez large; terminée d'un côté par le rebord de la poitrine, et de l'autre par celui du

bassin, sur lequel on distingue surtout l'épine antérieure de chaque os des îles : ajoutez l'insertion du cordon ombilical, qui suffiroit pour dissiper toute espèce d'incertitude, si on pouvoit encore en conserver.

Des positions que cette région peut prendre sur le détroit supérieur.

1393. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, l'enfant est situé de manière que sa poitrine se trouve au-dessus du pubis de la mère, et les extrémités inférieures, au-dessus du sacrum.

1394. Dans la deuxième espèce, la poitrine est au-dessus du sacrum, et les cuisses sont au-dessus du pubis.

1395. Dans la troisième, le bas-ventre se présente transversalement à l'entrée du bassin, de sorte que la poitrine se trouve appuyée sur la fosse iliaque gauche, les cuisses et les genoux étant sur la droite.

1396. Dans la quatrième, le ventre est encore placé transversalement sur le détroit du bassin, mais de manière que la poitrine répond à la fosse iliaque droite, et que les extrémités inférieures sont sur celle du côté gauche.

1397. Il est extrêmement rare, dans tous ces cas, qu'une anse du cordon ombilical ne se présente et ne s'engage pas au moment de l'ouverture de la poche des eaux ; ce qui peut ajouter singulièrement au danger qui vient alors de la mauvaise attitude de l'enfant, si l'on ne termine pas l'accouchement de suite. Le même risque peut avoir lieu, quoique le cordon ne forme pas une anse à travers le col de la matrice ; parce qu'il se trouve toujours comprimé dans un point de sa longueur.

1398. Les indications que présentent ces accouchemens, relativement à la manière de les opérer, sont absolument les mêmes que celles des différentes espèces où l'on rencontre la poitrine. Quelques Praticiens ont prescrit de ramener l'enfant à sa situation naturelle, et d'en abandonner ensuite l'expulsion aux efforts de la femme; les autres ont recommandé d'en aller prendre les pieds et de l'extraire. La première de ces méthodes paroîtra sans doute la plus conforme aux vues de la nature; mais elle est impraticable, même à l'instant de l'écoulement des eaux, où l'enfant conserve encore, pour ainsi dire, toute sa mobilité dans la matrice. Si on la préféroit, il faudroit peut-être y renoncer après beaucoup de tentatives infructueuses, et revenir à la seconde, que ces mêmes tentatives rendroient plus difficile qu'elle ne l'eût été en commençant. Il faut donc toujours dégager les extrémités inférieures.

Section II.

Méthode d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente le bas-ventre.

De la première espèce d'accouchement où l'enfant présente le bas-ventre.

1399. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, on introduira la main dans la matrice, jusqu'au-dessus de la saillie du sacrum où se trouvent les pieds ou les genoux, selon que l'enfant est replié sous l'une ou l'autre forme indiquées au §. 1390; et ayant pris les uns ou les autres comme il convient, mais les pieds de préférence, on les entraînera au-dehors pour terminer l'accouchement

de la même manière que si ces parties se fussent présentées naturellement.

De la seconde espèce d'accouchement où le bas-ventre se présente.

1400. Il n'est pas aussi facile d'opérer l'accouchement de la seconde espèce où l'enfant présente le bas-ventre, surtout quand les cuisses sont alongées, les jambes fléchies, et les pieds renversés sur les lombes, parce qu'on ne peut porter les doigts directement sur les genoux, comme dans le cas précédent : à moins qu'on ne les détourne de dessus la symphyse du pubis, en appuyant convenablement de l'autre main sur le ventre de la femme; ou bien qu'on ne repousse en arrière et en haut la poitrine de l'enfant, pour les faire descendre à l'entrée du bassin. On opérera de l'une ou l'autre manière, préférant la dernière, si on agit au moment de l'évacuation des eaux, et la première, lorsque ces eaux seront écoulées depuis quelque temps. Dans ce dernier cas, on introduira la main vers l'un des côtés du bassin, en recourbant les doigts vers les genoux qu'on inclinera de ce même côté en pressant un peu extérieurement de l'autre main, jusqu'à ce qu'on puisse les accrocher et les entraîner, en ramenant alors les cuisses de l'enfant dans le sens où elles se fléchissent naturellement.

1401. Au lieu de ce procédé, quelques Accoucheurs imagineront peut-être de passer la main sur l'une des hanches de l'enfant, pour aller prendre les pieds qui sont appuyés sur les lombes, et les entraîner, n'importe comment; mais en s'épargnant un peu de difficulté, ils exposeront l'enfant à des inconvéniens dont il est à couvert dans les autres procédés.

De la troi-

1402. L'on n'éprouve jamais les mêmes obstacles

à terminer l'accouchement de la troisième et de la quatrième espèces, que celui de la deuxième, quelle que soit la situation des extrémités inférieures de l'enfant respectivement au tronc. Dans la troisième espèce, on introduit la main gauche vers la partie latérale droite de la matrice, pour saisir les genoux, si les cuisses de l'enfant sont alongées, et les pieds lorsqu'elles sont fléchies. On se conduit de même dans la quatrième espèce; mais en insinuant la main droite au-dessus de la fosse iliaque gauche de la femme, vers laquelle sont alors les extrémités de l'enfant.

sième et quatrième espèces d'accouchement où l'enfant présente le ventre.

1403. Dans le cas où la main qu'on auroit introduite à l'entrée de la matrice, pour s'assurer de la position de l'enfant, ne seroit pas celle que nous venons d'indiquer relativement à chaque position transversale du bas-ventre, elle n'en conviendroit pas moins, si les eaux de l'amnios étoient récemment écoulées; mais au lieu de diriger d'abord les doigts vers les genoux ou les pieds, comme on vient de le recommander, il faudroit refouler la poitrine de l'enfant au-dessus de la fosse iliaque qui la soutient, afin de rapprocher ces extrémités de l'entrée du bassin, et de pouvoir les prendre plus facilement. Il ne convient pas de tenter ce procédé lorsque l'enfant se trouve étroitement serré dans la matrice; il faut alors retirer la main qu'on a introduite, si elle n'est pas la plus propre au but qu'on se propose, et se servir de l'autre, de la manière qui a été prescrite au §. 1402.

ARTICLE V.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le devant des cuisses et du bassin ; de leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et de la manière d'opérer.

Des accouchemens où l'enfant présente le devant du bassin et des cuisses.

1404. La possibilité des accouchemens où l'enfant présente le devant des cuisses et la région des parties sexuelles, doit être admise comme une conséquence des précédens, s'il est vrai qu'il puisse prendre dans la matrice l'attitude sous laquelle les Auteurs l'ont dépeint lorsqu'il présente le ventre. Mais on en rencontre si peu d'exemples, et ces accouchemens ont tant de rapport avec ceux que nous venons de décrire, que nous les aurions passés sous silence, si les signes qui les caractérisent n'en étoient pas un peu différens.

1405. La région des parties sexuelles et le devant des cuisses ne peuvent se placer à l'orifice de la matrice, que l'enfant ne soit renversé sur sa partie postérieure, qu'il n'ait les pieds appuyés sur les lombes, et que le grand axe de la forme ovoïde qu'il décrit dans le sein de sa mère, ne s'étende du sommet de la tête aux genoux, comme on le voit au §. 1390.

Caractères des parties assignées et de leurs positions.

1406. L'on ne peut reconnoître cette région de la surface de l'enfant aussi facilement que celle de l'abdomen, parce qu'elle ne peut s'adapter aussi exactement que celle-ci à l'entrée du bassin de la femme, et qu'elle reste au-dessus de la portée du doigt. On la distingue à la souplesse de la tumeur

abdominale qui se trouve aux environs, aux parties sexuelles toujours plus saillantes lorsque c'est un garçon, et aux deux colonnes parallèles que forment les cuisses.

Des positions que peuvent prendre ces parties.

1407. Dans la première des quatre positions que ces parties peuvent prendre sur l'entrée du bassin, les genoux sont appuyés sur la saillie du sacrum, ou le côté de cette saillie, le bas-ventre est au-dessus du pubis, la poitrine et la face étant sous la partie antérieure de la matrice. Dans la seconde position, ces dernières regardent la partie postérieure de la matrice, et les genoux sont situés en devant sur le rebord du bassin. Dans la troisième, l'enfant est placé transversalement, de manière que les genoux sont appuyés sur le bas de la fosse iliaque droite, pendant que la poitrine se trouve sur la gauche; et dans la quatrième, la poitrine et le ventre sont vers la fosse iliaque droite, et les genoux sur la gauche.

Des indications que nous offrent ces différentes positions.

1408. L'indication que présentent ces différentes espèces d'accouchemens, est facile à saisir: elle consiste à prendre les pieds ou les genoux de l'enfant, pour l'extraire du sein de sa mère, en se conduisant à cet égard, pour chaque position désignée ci-dessus, comme pour celle du bas ventre, indiquée sous le même nom numérique.

CHAPITRE V.

Des Accouchemens où l'enfant présente, à l'orifice de la matrice, les différentes régions de sa surface postérieure.

Des accouchemens où l'enfant présente les régions de sa face postérieure.

1409. Ces accouchemens se rencontrent un peu plus souvent que ceux où l'enfant présente une des régions de sa surface antérieure. On a vu ci-devant quelle attitude singulière et gênante il devoit prendre pour présenter la face, le col, la poitrine ou le bas-ventre ; et quel devoit être l'enchaînement des causes nécessaires pour produire cet effet. Il n'en est pas de même des accouchemens dont nous allons faire l'exposé ; des causes très-simples, telles que l'obliquité de la matrice, et une plus grande quantité d'eau qu'à l'ordinaire peuvent y donner lieu ; parce que l'enfant, sans perdre la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement replié dans le sein de sa mère, peut offrir à l'orifice de la matrice, la région occipitale, le derrière du col, le dos et les lombes.

Pronostic général de ces accouchemens.

1410. Le même danger n'accompagne pas non plus ces deux ordres d'accouchemens. Ceux dont nous allons parler sont moins fâcheux, toutes choses égales d'ailleurs, pour la mère et pour l'enfant. Ils offrent d'ailleurs bien moins de difficultés que les premiers.

ARTICLE PREMIER.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la région occipitale à l'orifice de la matrice.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes, des signes caractéristiques de ces Accouchemens, et des indications qu'ils nous offrent.

Accouchement où l'enfant présente la région occipitale.

1411. La présence de la région occipitale à l'orifice de la matrice, ou sur l'entrée du bassin, paroît n'avoir d'autres causes que la déviation de l'axe longitudinal de l'enfant relativement à celui du bassin : ce qui peut dépendre de l'obliquité même de la matrice, ou de la grande quantité d'eau qu'elle renferme, comme on l'annonce au §. 1409.

1412. Une tumeur ronde et solide, sur laquelle on distingue la fontanelle postérieure, la suture lambdoïde et les espaces membraneux qui sont au bas de chacune de ses branches, caractérise la région occipitale.

Des diverses manières dont cette région peut se présenter.

1413. Cette région peut se présenter dans quatre situations différentes. Dans la première, le sommet de la tête est appuyé contre la saillie du sacrum, et le derrière du col sur le rebord des os pubis, de sorte que le dos répond à la partie antérieure de la matrice.

1414. Dans la seconde position, le sommet de la tête est au-dessus des os pubis, le derrière du col

sur la base du sacrum, et le dos de l'enfant contre la partie postérieure de la matrice.

1415. Dans la troisième position, le derrière du col est appuyé sur le bord inférieur de la fosse iliaque droite, le sommet de la tête répond au côté gauche, le dos de l'enfant à la partie latérale droite de la matrice, et la poitrine à la partie latérale gauche.

1416. On remarque le contraire dans la quatrième position, quant au rapport de toutes ces parties avec le bassin, le sommet de la tête répondant au côté droit de cette cavité, et le derrière du col ainsi que le dos de l'enfant, au côté gauche. Ces deux dernières positions sont plus ordinaires que les autres.

Des indications que présentent ces diverses positions.

1417. Ces accouchemens diffèrent peu de ceux où l'enfant présente le sommet de la tête, et ils n'exigent pas toujours les secours de l'art. Souvent la tête se réduit comme d'elle-même à sa situation naturelle, à mesure que le travail augmente, parce que la direction de l'axe de la matrice et de celui de l'enfant, peut changer dans le cours de ce travail, soit à cause de la situation que garde la femme, ou de la contraction même de la matrice après l'écoulement des eaux. Quand ce changement ne s'opère pas de cette manière, on recommande à la femme de se coucher sur le côté opposé à celui de la déviation de la matrice, ou, ce qui est absolument la même chose, sur le côté où répond le sommet de la tête, et lorsque cette précaution ne suffit pas encore, on introduit une main pour ramener cette partie de la tête au milieu du bassin.

1418. On doit se comporter différemment quand le travail de l'accouchement est compliqué de quelques-uns des accidens dont il a été fait mention dans l'un des articles précédens, et que nous avons regardés comme autant de causes qui le rendent contre nature, ou dangereux soit pour la mère soit pour l'enfant : il faut alors retourner ce dernier et l'amener par les pieds, à moins qu'on ne juge plus expédient de l'extraire au moyen du forceps (1).

Section II.

De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente la région occipitale.

De la première espèce d'accouchement où la région occipitale se présente.

1419. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, qui est très-rare, on doit faire coucher la femme horizontalement sur le dos, aussitôt qu'on a bien reconnu la position de l'enfant, afin de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, et d'obliger, à ce moyen, le sommet de la tête qui est appuyé contre la saillie du sacrum, à venir se placer au milieu du bassin. Quand l'on ne peut obtenir ce déplacement de cette manière, on l'opère différemment : on introduit une main à l'entrée de la matrice, en montant le long du sacrum, jusqu'à ce que les doigts puissent accrocher en quelque sorte le haut de la tête et l'entraîner

(1) Voyez l'article des cas qui exigent l'usage du forceps, part. IV.

convenablement, ayant soin de tourner en même temps la région occipitale vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde de la femme. Après cela on abandonne l'accouchement aux soins de la nature.

De la manière de retourner l'enfant en pareil cas.

1420. Lorsque des circonstances accidentelles exigent qu'on retourne l'enfant et qu'on l'amène par les pieds, on porte la main un peu plus loin, mais toujours dans la même direction; on déplace la tête en lui faisant décrire un mouvement de pivot assez étendu pour que l'occiput regarde l'une ou l'autre fosse iliaque; savoir celle du côté droit quand on opère de la main droite, *et vice versâ.* A mesure que la main pénètre plus avant, on tourne le tronc de l'enfant dans le même sens, et l'on opère du reste en observant tout ce qui a été prescrit pour la troisième position du sommet de la tête. (*Voyez* §. 1326.)

Seconde espèce d'accouchement où la région occipitale se présente.

1421. L'on ne doit rien espérer des efforts de la nature dans la seconde espèce d'accouchement où la région occipitale se présente, pour peu que le bassin de la femme soit resserré, parce que la tête de l'enfant ne peut descendre, que la face ne vienne en dessus comme dans la sixième position du sommet, et qu'il est toujours extrêmement difficile alors, même en s'y prenant de très-bonne heure et dans le moment le plus favorable, de la diriger de manière que l'occiput se présente sous l'arcade du pubis, dans les derniers temps : c'est pourquoi nous pensons qu'il vaut mieux retourner l'enfant et l'amener par les pieds, que d'exposer la femme à des efforts non-seulement toujours douloureux et fatigans, mais encore le plus souvent infructueux.

1422. On insinue la main dans la matrice vers l'un des côtés de la tête qu'on écarte de l'entrée du bassin ; on tourne l'occiput vers la fosse iliaque droite de la femme, si l'on se sert de la main droite, et vers la gauche quand on emploie la main gauche ; et l'on opère d'ailleurs de la même manière que pour la sixième position du vertex. (*Voyez* §. 1333.)

Troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente la région occipitale.

1423. Le sommet de la tête étant foiblement retenu sur le côté gauche du bassin dans la troisième espèce d'accouchement où la région occipitale se présente, peut venir comme de lui-même se placer au détroit supérieur, si la femme reste couchée pendant quelque temps sur le côté gauche. Lorsque cette précaution, aussi simple qu'exempte de douleurs, ne suffit pas pour opérer ce déplacement avantageux, l'Accoucheur introduit sa main droite vers la fosse iliaque gauche, en montant au-delà du sommet de la tête de l'enfant, pour la ramener à sa situation naturelle et abandonner ensuite l'accouchement aux soins de la nature.

De la manière de retourner l'enfant lorsque cette position a lieu.

1424. Lorsque des circonstances particulières exigent qu'on termine cet accouchement sans délai, il faut retourner l'enfant et l'amener par les pieds. On introduit encore la main droite dans la direction indiquée au paragraphe précédent ; on écarte la tête de l'entrée du bassin, en la poussant sur la fosse iliaque droite, et l'on va chercher les pieds en parcourant le côté droit de l'enfant comme nous l'avons recommandé en traitant de la seconde position du vertex. (*Voyez* §§. 1312 et suivans.)

Quatrième espèce d'accouchement où la région occipitale se présente.

1425. Si l'on ne se propose que de ramener la tête à sa situation naturelle, dans la quatrième espèce d'accouchement où se présente la région occipitale pour abandonner ensuite l'expulsion de l'enfant aux soins de la nature, il faut d'abord faire coucher la femme sur le côté droit, afin de diminuer l'obliquité de la matrice et forcer le sommet de la tête à se rapprocher de l'entrée du bassin; et quand cette précaution ne suffit pas, on avance la main gauche jusqu'au bas de la fosse iliaque droite, pour accrocher la tête et la réduire à la position assignée.

1426. On se sert également de cette main lorsqu'il s'agit de retourner l'enfant. On l'insinue dans la même direction et en montant vers la partie latérale droite de la matrice, afin d'écarter la tête de l'entrée du bassin, et de la pousser sur la fosse iliaque gauche, comme à l'occasion de la première position du vertex: on opère d'ailleurs de la manière qui a été décrite au §§. 1317 et suivans.

ARTICLE II.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le derrière du col, vulgairement appelé la nuque.

Section première.

De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et des indications générales qu'ils nous offrent.

1427. Cette position contre nature peut-être l'effet du concours des causes assignées au §. 1409, ou de l'une d'elles seulement.

Caractères de la région postérieure derrière le col.

1428. On reconnoît aisément au toucher la partie postérieure du col, quand les eaux sont écoulées. Les signes qui la caractérisent sont les tubercules épineux des vertèbres cervicales, toujours d'autant plus sensibles au tact que la tête est fléchie davantage sur la poitrine et que la matrice embrasse l'enfant plus étroitement; les angles de la mâchoire inférieure, et le bord supérieur des omoplates. Cette région peut se présenter à l'entrée du bassin de différentes manières, et ces diverses positions constituent autant d'espèces d'accouchemens.

Des positions que peut prendre cette région.

1429. Dans la première, la situation de l'enfant est telle que l'occiput se trouve appuyé sur le rebord des os pubis, et le dos au-dessus de la base du sacrum.

1430. Dans la deuxième, l'occiput est sur un

des côtés de la saillie du sacrum, le dos sur le pubis, et au-dessous de la partie antérieure de la matrice.

1431. Dans la troisième, la longueur du col est placée transversalement sur l'entrée du bassin, de sorte que l'occiput se trouve au bas de la fosse iliaque gauche, et le dos sur la fosse iliaque droite.

1432. Dans la quatrième, le col se présente également en travers, mais de manière que l'occiput est sur le bas de la fosse iliaque droite, et le dos sur la gauche. Ces deux dernières positions se rencontrent plus souvent que les premières.

Indications que présentent ces différentes positions.

1433. L'accouchement ne peut s'opérer sans le secours de l'art dans aucun de ces cas, si ce n'est peut-être en quelques circonstances extrêmement rares, où le sommet de la tête revient encore comme de lui-même se placer au centre du bassin, moyennant la position qu'on fait prendre à la femme, ainsi qu'on l'a remarqué à l'occasion des accouchemens où la région occipitale se présente.

1434. La première indication que prescrivent ces diverses positions de l'enfant semble consister à ramener la tête à sa situation ordinaire, toutes les fois qu'on trouve assez de ressources dans les forces de la femme pour opérer l'accouchement; excepté le cas de la première espèce, comme on le verra dans la section suivante. Mais cette indication qui paroît en effet la plus naturelle, offre tant de difficultés dans l'exécution, lorsqu'il y a long-temps que les eaux sont évacuées, qu'il vaut mieux aller chercher les pieds, que d'insister à vouloir ramener la tête. Cette méthode est d'ailleurs contre-indiquée chez les femmes où des cir-

constances accidentelles exigent qu'on termine l'accouchement sans délai.

Section II.

De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le derrière du col.

Première espèce d'accouchement où l'enfant présente le derrière du col.

1435. Si l'on fait attention aux difficultés qu'on doit éprouver à ramener le sommet de la tête au centre du bassin, lorsque le derrière du col se présente dans la première position, surtout quand les eaux sont écoulées depuis quelque temps, et à détourner la face de dessus le pubis de manière à ce qu'elle se porte vers le sacrum, dans la suite du travail, on verra qu'il est plus sage alors de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, que de fatiguer la mère par des tentatives inutiles qui ne feroient que rendre ce dernier parti plus difficile à exécuter.

1436. L'on peut à son gré, dans cette espèce d'accouchement, se servir de la main droite ou de la gauche. Lorsqu'on opère de la première, on l'insinue dans un état moyen entre la pronation et la supination vers le côté gauche de la matrice, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue sur l'épaule droite de l'enfant. Dans ce moment on s'efforce de faire rouler un tant soit peu le tronc de celui-ci sur son axe et d'en tourner le dos vers le côté droit de la femme. Ensuite, on va chercher les pieds, avec les précautions ordinaires, et on les entraîne successivement dans le vagin, en commençant par le

droit. Lorsqu'ils sont descendus l'un et l'autre, on tire uniquement sur le pied gauche, pendant quelque temps, afin d'achever de tourner la poitrine de l'enfant vers le côté gauche de la femme, et de favoriser la flexion du tronc en devant : ce qui se conçoit très-clairement d'après la démonstration. On agit ensuite également sur les deux pieds, et, à mesure que l'enfant descend, on continue de diriger la poitrine et la face vers la jonction sacro-iliaque droite pour extraire la tête, comme on le remarque à l'occasion de la première position des pieds.

1437. Si l'on opéroit de la main gauche, il faudroit le faire selon les mêmes principes, mais en l'insinuant vers le côté droit de la matrice, et en tournant le dos de l'enfant du côté gauche de ce viscère, pour prendre d'abord le pied gauche, et ensuite le droit. Alors on tire presque uniquement sur ce dernier, après avoir amené l'un et l'autre dans le vagin, afin de diriger la poitrine et la face vers la jonction sacro-iliaque gauche, et faire venir la tête comme dans la deuxième position des pieds.

Seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente le derrière du col.

1438. Dans la seconde espèce d'accouchement où le derrière du col se présente, on pourroit essayer de ramener la tête à sa situation naturelle, si le travail n'étoit compliqué d'aucun accident; mais ce n'est pas sans peine qu'on obtiendra ce déplacement, même à l'instant de l'écoulement des eaux, et l'expérience nous porte à croire qu'il seroit encore plus à propos d'aller chercher les pieds. Si cependant on vouloit le tenter, il faudroit se conduire de la manière suivante.

1439. La femme étant couchée sur le dos et au bout de son lit, comme on l'indique au §. 1144, on introduit la main droite en suivant la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce que les doigts embrassent assez exactement le dessus de la tête pour l'entraîner à l'entrée du bassin, en observant de tourner l'occiput en même temps vers la cavité cotyloïde gauche, et d'exercer une pression convenable de l'autre main, sur le ventre de la femme, pour diminuer un peu l'obliquité antérieure de la matrice.

1440. Lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds, on introduit la main droite sur l'occiput en dirigeant les doigts obliquement sur le côté droit de la tête, pour l'écarter de la colonne lombaire de la mère et la porter au-dessus des os pubis, de manière que l'oreille réponde ensuite à la main qui opère. On continue d'avancer cette main en suivant le même côté de l'enfant, pendant que de l'autre on incline un peu le fond de la matrice vers le côté droit. Quand on est parvenu aux pieds, on les dégage et l'on tire dessus dans l'ordre indiqué à l'occasion de la première position. Si on éprouve ensuite quelque difficulté à les amener entièrement au-dehors, on éloigne la tête du détroit supérieur et en la poussant vers la fosse iliaque droite.

1441. Lorsqu'on opère de la main gauche, on l'introduit de même sous l'occiput; mais, de là, on dirige les doigts sur le côté gauche de la tête pour la soulever au-dessus du pubis, comme dans le cas précédent, et aller prendre les pieds, en suivant ce même côté de l'enfant, etc.

Troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente le derrière du col.

1442. Quand on a reconnu la troisième position de la partie postérieure du col avant l'écoulement des eaux, il est à propos de faire coucher la femme sur le côté gauche jusqu'au moment où ce fluide vient à s'écouler, parce que la tête de l'enfant, au moyen de cette seule précaution, peut revenir à sa situation naturelle. Autrement, on introduira la main droite dans le sein de la femme en montant vers la fosse iliaque gauche, jusqu'à ce que les doigts soient parvenus assez loin sur le sommet de cette tête pour l'entraîner à l'entrée du bassin; pendant qu'on exercera de l'autre main une pression assez forte sur le ventre de la femme, pour incliner le fond de la matrice vers le côté gauche.

1443. Toutes les fois qu'on éprouve de grandes difficultés à ramener la tête à sa situation naturelle, ou que des circonstances étrangères à la mauvaise position dont il s'agit, exigent qu'on termine l'accouchement sans rien attendre des forces de la mère, il faut aller chercher les pieds et retourner l'enfant. On introduit alors la main droite vers le lieu où est le sommet, comme dans le cas précédent, mais en même temps un peu en dessous et vers la tempe droite, pour écarter la tête de la partie postérieure du bassin, la porter au-dessus des os pubis, et la pousser autant qu'on le peut vers le devant de la fosse iliaque droite. Après cela, on va prendre les pieds, en suivant le côté droit de l'enfant; on entraîne d'abord celui de ce côté, et ensuite le gauche. Quand ils sont à l'entrée du vagin, on tire presque uniquement sur le dernier, et on a la précaution de repousser la tête de nouveau, si l'on éprouve en-

core quelques difficultés à les faire descendre. Du reste, on achève l'accouchement comme nous l'avons recommandé à l'occasion des différentes espèces où le vertex se présente.

Quatrième espèce d'accouchement où le derrière du col se présente.

1444. La quatrième espèce d'accouchement où le derrière du col se présente, offre les mêmes indications que la précédente; mais soit qu'on se propose de ramener la tête à sa position naturelle, ou de retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds, il faut opérer de la main gauche. Pour remplir la première de ces deux indications, on l'introduit au-dessus de la fosse iliaque droite, et on entraîne le sommet de la tête à l'entrée du bassin; pendant que de la main droite placée sur le ventre de la femme, on change la direction de la matrice et on en incline légèrement le fond vers le côté droit.

1445. Lorsqu'on veut retourner l'enfant, on introduit encore la main gauche dans la même direction; mais en la passant un peu au-dessous de la tête, pour la soulever du côté des os pubis, et la porter sur le devant de la fosse iliaque gauche. Puis on va chercher les pieds, en suivant le côté gauche de l'enfant, et on les dégage avec les précautions indiquées précédemment. A mesure qu'on s'efforce de les faire descendre, si l'on y rencontre des difficultés, on repousse la tête de plus en plus vers le haut de la fosse iliaque gauche.

ARTICLE III.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le dos à l'orifice de la matrice.

Section première.

De leurs causes, de leurs différences, et des indications qu'ils offrent.

Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le dos.

1446. Ces accouchemens se rencontrent un peu plus souvent que ceux où l'enfant présente la nuque, quoiqu'ils paroissent dépendre des mêmes causes : ce qui vient sans doute de ce que le dos est plus arrondi que le derrière du col, et plus propre à s'adapter à l'entrée du bassin.

Caractères auxquels on reconnoît cette région.

1447. On reconnaît facilement cette région de l'enfant au toucher, quand les eaux sont écoulées. Elle offre une tumeur assez large et inégale, sur laquelle on distingue les tubercules épineux des vertèbres, quoique très-petits au terme de la naissance, les côtes, le bord postérieur et l'angle inférieur des omoplates.

Des positions du dos de l'enfant à l'égard du bassin de la mère.

1448. Le dos peut se placer de quatre manières différentes à l'entrée du bassin. Dans la première position, le derrière du col est sur le rebord des os pubis, et la région des lombes au-dessus du sacrum.

1449. Dans la deuxième, ce sont les lombes de l'enfant qui sont au-dessus des os pubis, et la nuque ou le derrière du col est sur le rebord postérieur du bassin.

1450. Dans la troisième, le dos est placé transversalement, de manière que la tête et le derrière du col se trouvent sur le bas de la fosse iliaque gauche, et les lombes sur la droite.

1451. La quatrième position offre le contraire de la précédente, la tête de l'enfant étant sur le bas de la fosse iliaque droite, et les lombes sur la fosse iliaque gauche. Ces deux positions transversales sont plus ordinaires que les autres.

Des indications que nous présentent ces diverses positions.

1452. Les accouchemens où le dos se présente nous offrent les mêmes indications que ceux qui font le sujet de l'article précédent. Le rapport des dimensions du corps de l'enfant avec celles du bassin de la mère, est toujours tel, que l'accouchement ne peut se faire qu'on n'ait ramené préalablement la tête ou les pieds au passage. Mais les Accoucheurs sont encore partagés sur le parti qui est alors le plus avantageux : les uns proposent de ramener la tête, et les autres, avec bien plus de raison, veulent qu'on retourne l'enfant. Quand on fait attention à l'éloignement de la première, à la forme irrégulière de l'enfant replié sur lui-même, et à la manière dont il est enveloppé par la matrice plus ou moins contractée après l'écoulement des eaux, l'on entrevoit tant de difficultés à rappeler la tête à sa situation naturelle, qu'on ne peut s'empêcher de regarder la méthode proposée par les derniers comme la seule et unique qui soit praticable. Il faut donc retourner l'enfant, et l'extraire par les pieds, toutes les fois qu'il présente le dos.

Section II.

De la manière d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente le dos.

Première espèce d'accouchement où l'enfant présente le dos.

1453. Quand on admettroit la possibilité de ramener la tête de l'enfant à sa situation naturelle, dans les cas où il présente le dos, il faudroit en excepter celui qui est indiqué au §. 1448, et qui constitue la première espèce des accouchemens dont il s'agit : car toutes les tentatives qu'on feroit alors pour y parvenir, seroient certainement inutiles, et même nuisibles. Aucune autre méthode que celle d'extraire l'enfant par les pieds, ne convient dans ce cas.

1454. La manière la plus simple d'y procéder au moment de l'écoulement des eaux de l'amnios, est d'insinuer la main dans un état de supination, en suivant la partie postérieure de la matrice, les lombes et les fesses de l'enfant, jusqu'à ce qu'on puisse bien saisir les pieds appliqués sur ces dernières, et les entraîner dans le vagin; pendant qu'on appuyera légèrement de l'autre main sur le ventre de la femme, à l'endroit où répond la tête, dans la vue de la pousser en arrière et en haut, et de favoriser la descente des extrémités sur lesquelles on agit.

1455. Ce procédé, toujours facile à exécuter quand on opère à l'instant de l'évacuation des eaux, parce que l'enfant jouit encore d'une grande mobilité dans la matrice, peut offrir tant de difficultés lorsque ce fluide est écoulé depuis longtemps et l'enfant étroitement serré de toutes parts, qu'il vaut mieux se conduire de la manière suivante.

1456. On introduit alors la main droite, si on le juge plus convenable, vers le côté gauche de la matrice, en la tenant dans un état moyen entre la pronation et la supination, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue sur la hanche de l'enfant; et dans ce moment on en écarte les fesses, de la colonne lombaire de la mère, en les poussant vers le côté droit, tandis que de l'autre main appliquée extérieurement sur le ventre, on incline le lieu où se trouve la tête vers le côté gauche, pour donner à cet enfant une situation diagonale relativement à l'entrée du bassin. On dégage ensuite les pieds, comme dans l'accouchement de la première espèce où le derrière du col se présente; en observant de tirer avec plus de force sur le pied gauche dès qu'ils sont parvenus l'un et l'autre à l'entrée du vagin, afin de favoriser la flexion antérieure de l'enfant, et de faire décrire aux lombes un léger mouvement de torsion nécessaire à la descente des fesses. On pourroit aussi se servir de la main gauche, dans ce même cas; mais il faudroit l'introduire vers l'autre côté de l'enfant, et sous la partie latérale droite de la matrice, etc.

Seconde et troisième espèces d'accouchement où l'enfant présente le dos.

1457. Dans la seconde espèce d'accouchement où le dos se présente, on doit se comporter de la même manière que pour la seconde de la partie postérieure du col, excepté qu'il ne faut pas essayer de ramener la tête à sa bonne position. (*Voyez* §. 1439 et le suivant.)

1458. Lorsqu'on opère au moment de l'ouverture de la poche des eaux, dans la troisième espèce d'accouchement où le dos se présente, on peut se servir, avec le même avantage, de la main droite

ou de la main gauche; mais en allant un peu différemment. Quand on préfère la dernière, il faut l'insinuer vers la fosse iliaque droite de la femme, pour accrocher les pieds de l'enfant qui y répondent, et les entraîner; pendant qu'on exercera de l'autre main une pression assez forte sur le côté gauche du ventre, dans la vue de pousser la tête qui répond à ce point, en en-haut et vers le côté opposé. Si l'on emploie la main droite, on l'insinue d'abord au-dessous de l'enfant, en le soulevant un peu, et en dirigeant le dos au-dessus des os pubis; ensuite on avance les doigts vers la hanche droite de cet enfant, et on dégage les pieds successivement jusqu'à l'entrée du vagin. On tire presque uniquement sur le pied gauche, dans ce dernier temps, afin de favoriser la version du tronc et les mouvemens nécessaires à la descente des fesses : après cela, on agit également sur les deux, et l'on se conduit comme dans tous les cas où l'on a été obligé de retourner l'enfant. Ce dernier procédé est le seul qui convienne, lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps, parce que c'est celui qui présente le moins de difficulté et le plus d'avantage.

Quatrième espèce d'accouchement où l'enfant présente le dos.

1459. La quatrième espèce d'accouchement où le dos se présente, paroîtra la même que la précédente, si l'on ne considère que le rapport des dimensions de l'enfant avec celles du bassin de la mère : elle offre aussi les mêmes indications, et on peut l'opérer de la main droite ou de la main gauche, selon les circonstances.

1460. Lorsqu'on y procède au moment de l'ouverture de la poche des eaux, on peut insinuer la

main droite vers le côté gauche de la matrice, jusqu'au-dessus de la fosse iliaque où sont les pieds de l'enfant, pour les accrocher du bout des doigts et les entraîner, pendant que, de l'autre main placée sur le côté droit du ventre, on inclinera le fond de la matrice vers le côté opposé.

1461. Dans ce même cas, on peut également aller chercher les pieds avec la main gauche; mais c'est en l'introduisant au-dessous du corps de l'enfant qu'on écartera de la colonne lombaire de la femme, et en dirigeant les doigts vers la hanche gauche qu'on y parviendra. On dégagera d'abord le pied gauche, et ensuite le droit sur lequel on tirera presque uniquement dans le premier moment, pour favoriser la flexion du tronc, nécessaire à la descente des fesses. Après cela on se conduira comme dans les autres cas.

1462 Ce dernier procédé est celui qui convient exclusivement quand l'enfant est étroitement serré dans la matrice, les eaux étant évacuées depuis plusieurs heures: ce qui n'est que trop ordinaire lorsque nous sommes appelés en second pour terminer de pareils accouchemens.

1463. Dans toutes ces mauvaises positions de l'enfant, comme dans celles où il présente le derrière du col, les lombes, etc., plusieurs Accoucheurs conseillent de refouler la partie inférieure du tronc vers le fond de la matrice, pour ramener la tête à sa situation naturelle; ou bien, de repousser celle-ci en en-haut pour rapprocher les pieds de l'orifice, en y faisant passer successivement toutes les régions comprises entre celle qui se présente et celle qu'on veut y ramener. Mais

cette manière d'opérer ne peut être que le fruit d'une mauvaise spéculation, et en admettant qu'elle soit praticable, ce ne seroit tout au plus que dans le moment de l'ouverture de la poche des eaux; encore offrira-t-elle toujours de grandes difficultés, et sera-t-elle bien plus fatigante pour la femme, que celle que nous venons de prescrire.

ARTICLE IV.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la région lombaire.

Section première.

De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et de leurs indications relativement à la manière d'opérer.

Accouchement où l'enfant présente les lombes.

1464. La région lombaire se présente aussi souvent à l'orifice de la matrice que la région du dos, et ces deux ordres d'accouchemens paroissent l'effet des mêmes causes : il est difficile au moins de leur en assigner de particulières.

Caractères de la région lombaire.

1465. Quand les eaux sont écoulées, et les lombes de l'enfant un peu pressées par l'action de la matrice sur l'entrée du bassin, on les reconnoît sans beaucoup de peine. On distingue au milieu de l'espèce de tumeur qu'elles forment, une rangée de tubercules assez saillans, les fausses côtes d'une part, et les angles postérieurs des os des îles, de l'autre part.

Positions

1466. Dans la première espèce d'accouchement

où cette région se présente, le dos de l'enfant est au-dessus du pubis de la mère, et les fesses sont en arrière au-dessus du sacrum.

des lombes de l'enfant, relativement au bassin.

1467. Dans la deuxième espèce, les fesses et les pieds de l'enfant sont situés au-dessus du pubis, contre la partie antérieure de la matrice; le dos et la tête, sur la partie postérieure de ce viscère.

1468. Dans la troisième, le dos est sur la fosse iliaque gauche, les fesses et les pieds sont sur la droite.

1469. Dans la quatrième, c'est sur cette dernière fosse iliaque que sont appuyés le dos et la tête; les fesses et les pieds étant sur la gauche.

Indications que présentent ces différentes positions.

1470. L'accouchement ne peut s'opérer sans les secours de l'art, lorsque ce sont les lombes de l'enfant qui se présentent à l'orifice de la matrice, à moins que cette région ne s'éloigne comme d'elle-même au moment de l'ouverture de la poche des eaux, et que les fesses ne viennent se placer à l'entrée du bassin, comme nous l'avons observé plusieurs fois. Quand ce changement ne s'opère pas spontanément, il faut aller prendre les pieds. Nous nous persuadons que personne ne proposera une autre méthode, d'après les difficultés que nous avons fait entrevoir à ramener la tête à sa situation naturelle, dans le cas où le dos et même la nuque se présentent. Mais quelques Accoucheurs préféreront peut-être, comme nous l'avons entendu recommander, d'amener seulement les fesses de l'enfant au détroit supérieur pour en livrer ensuite l'expulsion aux efforts de la mère : cette méthode paroîtra même fondée, si l'on ne fait attention qu'au grand nombre de femmes qui

se sont délivrées, pour ainsi dire seules, dans le cas où l'enfant se présentoit naturellement de cette manière. Ces mêmes Accoucheurs ne tarderont pas à se départir de leur opinion, pour peu qu'ils réfléchissent: 1.° à combien de douleurs ils exposeroient la femme en se bornant à ramener les fesses à l'entrée du bassin; 2.° qu'il est plus difficile, dans les cas dont il s'agit, d'amener ces parties et de leur donner une situation favorable, que de saisir les pieds et de les faire descendre; 3.° que la sortie de l'enfant est toujours bien plus facile et moins douloureuse quand ces derniers se présentent, que lorsque ce sont les fesses, etc. etc. etc. (1).

SECTION II.

De la manière d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente les lombes.

1471. La manière d'opérer chacune de ces différentes espèces d'accouchemens, est, à peu de chose près, la même que celle qui a été prescrite pour chaque position du dos.

De la manière d'opérer dans la première position des lombes.

1472. Dans la première espèce, on insinue la main dans un état de supination jusqu'au-dessus du sacrum de la mère, pour saisir les pieds de l'enfant et les entraîner, pendant que de l'autre

(1) On ne doit pas inférer de ce paragraphe, que nous sommes dans l'opinion qu'il faille aller chercher les pieds de l'enfant toutes les fois qu'il présente les fesses. On a dû remarquer dans le cours de cet ouvrage, quel est notre sentiment à ce sujet.

main on appuie plus ou moins sur le ventre de la femme, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice. (*Voyez* §. 1454 et suivans.)

De la manière d'opérer dans la seconde position des lombes.

1473. Lorsque les lombes se présentent dans la seconde position, si l'on opère au moment de l'ouverture de la poche des eaux, on repousse le dos de l'enfant en arrière, en insinuant la main à peu près comme dans le premier cas, afin de rapprocher de l'entrée du bassin, et de saisir plus facilement les pieds qui sont au-dessus du pubis. Autrement, si les eaux sont écoulées depuis quelque temps, il faut aller chercher ces mêmes extrémités, en se conduisant comme nous l'avons recommandé pour la seconde position du dos. (*Voyez* §. 1457.)

De la manière d'opérer dans la troisième et la quatrième positions des lombes.

1474. Dans la troisième, on ira chercher les pieds en introduisant la main gauche au-dessus de la fosse iliaque droite de la mère; et dans la quatrième espèce, en insinuant la main droite vers le côté gauche du bassin. Du reste, on se comportera comme dans la troisième et la quatrième positions du dos. (*Voyez* §. 1458 et suivans.)

CHAPITRE VI.

Des Accouchemens où l'enfant présente les régions de ses surfaces latérales.

Accouchement où l'enfant présente une des régions de ses parties latérales.

1475. Tout le monde sait que la surface du corps présente deux côtés parfaitement semblables, le droit et le gauche, et qu'on y distingue plusieurs régions que nous fixerons au nombre de cinq, relativement à notre objet : 1°. le côté de la tête; 2°. celui du col; 3°. l'épaule; 4°. le côté proprement dit, ou la partie latérale de la poitrine; 5°. la hanche.

1476. Ces cinq régions peuvent se présenter également à l'orifice de la matrice, au moment de l'accouchement, quoique les unes le fassent plus rarement que les autres; et elles offrent des indications différentes à quelques égards relativement à la manière d'opérer. Non-seulement ces indications ne sont pas exactement les mêmes pour chacune de ces régions et leurs diverses positions, mais elles diffèrent encore selon que ces régions appartiennent au côté droit ou au côté gauche du corps. Pour les exposer avec plus de clarté, après avoir exposé ce qui a rapport à l'une des positions de telle ou telle région du côté droit, nous ferons connoître de suite ce qui regarde la même position du côté gauche. Nous ne craindrons pas de nous répéter, pour développer le mécanisme de ces accouchemens, avec toute l'exactitude qui nous paroît convenable.

Causes de ces mauvaises situations.

1477. Ces mauvaises situations de l'enfant dépendent de l'enchaînement de plusieurs causes qu'il seroit difficile de déterminer. L'obliquité de la matrice et la grande quantité d'eau qui entoure quelquefois l'enfant, les favorisent toutes, et paroissent suffisantes pour donner lieu à plusieurs d'entre elles, indépendamment de toute autre cause.

Diagnostic et pronostic de ces accouchemens.

1478. Le diagnostic de ces accouchemens n'est pas plus difficile que celui des accouchemens décrits dans le chapitre précédens ; et le pronostic, toutes choses étant égales d'ailleurs, doit en être le même.

ARTICLE PREMIER.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le côté droit ou le côté gauche de la tête.

SECTION PREMIÈRE.

De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et des indications qu'ils nous offrent.

Des accouchemens où l'enfant présente un des côtés de la tête.

1479. Ces accouchemens peuvent être l'effet des causes générales assignées §. 1477, ou de l'une d'elles seulement : le grand diamètre du corps de l'enfant ne pouvant être parallèle à l'axe du bassin quand la matrice est très-inclinée dans un sens quelconque, ou lorsqu'elle contient une grande quantité d'eau.

Caractères des régions latérales de la tête.

1480. On reconnoît facilement les parties latérales de la tête, surtout après l'écoulement des eaux. On trouve alors une tumeur solide et assez

ronde à l'entrée du bassin, sur laquelle l'on ne peut toucher ni la fontanelle antérieure, ni la postérieure. Si l'on découvre quelque chose semblable à ces fontanelles, ce sont les espaces membraneux qui se remarquent au bas de la suture lambdoïde et de la coronale. Mais avant tout, l'oreille qui en est le caractère le plus saillant, nous fait assez voir que c'est un des côtés de la tête que parcourt le doigt. Il ne nous reste donc qu'à rechercher si c'est le côté droit ou le côté gauche ; ce qu'il est essentiel de distinguer, pour déterminer la meilleure manière d'opérer.

1481. Pour acquérir cette connoissance, il faut soigneusement observer le rapport de tous les caractères énoncés, à l'égard du bassin, comme on le voit dans la position suivante, qui servira d'exemple.

Des positions que peuvent prendre ces régions à l'égard du bassin de la mère.

1482. Dans la première position des côtés de la tête, qui n'est pas, à beaucoup près, la plus ordinaire des quatre dont nous allons parler, le sommet est au-dessus du rebord des os pubis, contre la partie antérieure de la matrice, et la base du crâne vers le sacrum ; mais, de manière que la face regarde la fosse iliaque gauche lorsque c'est le côté droit de la tête qui se présente, et la fosse iliaque droite quand c'est le coté gauche : ce qui se reconnoît par la situation du bord postérieur de l'oreille, celle de l'angle de la mâchoire inférieure, ou de tout autre caractère, à l'égard du bassin. Vous serez en droit d'assurer que c'est le côté droit de la tête qui se présente dans cette première position, si vous trouvez le bord postérieur de l'oreille vers le côté droit du bassin, etc.

1483. Dans la seconde position, qui est la plus fréquente, le sommet de la tête est situé transversalement sur l'union du sacrum avec la colonne vertébrale, et la base de la mâchoire inférieure, ou le col, sur le pubis : la face regarde la fosse iliaque droite, quand c'est le côté droit de la tête qui se présente, et la fosse iliaque gauche, quand c'est le gauche.

1484. Dans la troisième position, le sommet de la tête répond au bas de la fosse iliaque gauche, et la base de la mâchoire inférieure à la fosse iliaque droite ; de manière que la face est couchée transversalement sur la symphyse sacro-vertébrale, lorsque c'est le côté droit de la tête, et sous la partie antérieure de la matrice, quand c'est le côté gauche.

1485. Dans la quatrième position, le sommet de la tête répond à la fosse iliaque droite, et la base du crâne à la fosse iliaque gauche ; de sorte que la face est située sous la partie antérieure de la matrice, au-dessus des os pubis, quand c'est le côté droit de la tête, et sur la symphyse sacro-vertébrale lorsque c'est le côté gauche.

1486. On observera que la tête ne peut offrir un de ses côtés à l'orifice de la matrice, qu'elle ne soit fortement renversée sur l'épaule opposée. Elle le sera donc sur l'épaule gauche toutes les fois qu'elle offrira sa partie latérale droite, et sur l'épaule droite quand elle présentera son côté gauche. Cette observation annonce déjà ce qu'il convient de faire, dans tous les cas, pour rétablir la nature dans ses droits, et la mettre à même d'opérer l'accouchement.

Indications que présentent toutes ces positions.

1487. Ces accouchemens nous offrent cependant des indications différentes selon les circonstances qui compliquent la mauvaise position de l'enfant, car elles consistent tantôt à ramener la tête à sa situation naturelle, pour en abandonner l'expulsion aux forces de la mère; et tantôt à retourner cet enfant pour l'extraire par les pieds; ou à recourir aux instrumens (1).

Section II.

De la manière d'opérer les Accouchemens de la première et de la seconde espèces, où l'enfant présente un des côtés de la tête.

Première espèce d'accouchement où l'enfant présente un des côtés de la tête.

1488. La première de ces espèces d'accouchemens est une de celles où il conviendroit de faire placer la femme sur ses coudes et sur ses genoux, la face tournée en en-bas, si l'on pouvoit espérer quelques avantages de cette attitude qui paroît la plus propre à forcer la tête de reprendre sa situation naturelle : mais elle est si incommode et il est si difficile que la femme la garde assez de temps pour en obtenir quelques succès, que nous ne devons jamais la lui prescrire. Il vaut mieux la tenir couchée sur le dos, et introduire une main à l'entrée de la matrice pour écarter la base du crâne de l'enfant de la saillie du sacrum, pendant qu'on fera de l'autre main une pression plus ou moins forte sur la région hypogastrique, dans la vue d'obliger le sommet de la tête qui y répond,

(1) Voyez la quatrième partie de cet ouvrage.

à descendre vers le milieu du détroit supérieur. Si l'on ne pouvoit encore parvenir de cette manière à ramener la tête à sa situation naturelle, il faudroit retourner l'enfant et l'extraire par les pieds ; comme on doit le faire toutes les fois que le travail de l'accouchement est compliqué de quelques-uns des accidens dont a déjà parlé plusieurs fois.

De la manière de retourner l'enfant dans la première position du côté droit et du côté gauche de la tête.

1489. Pour retourner l'enfant, lorsque c'est le côté droit de la tête qui se présente, on introduit la main droite dans la matrice, en montant vers la fosse iliaque gauche où répond la face ; afin d'en écarter la tête, et de la pousser en même temps sur la fosse iliaque droite : ensuite on va prendre les pieds, et on termine l'accouchement, comme dans la seconde espèce, où le vertex se présente.

1490. Lorsque c'est le côté gauche qui est placé sur l'orifice de la matrice, dans la position indiquée, on introduit la main gauche vers la fosse iliaque droite où répond la face, pour diriger la tête sur la fosse iliaque gauche, et aller prendre les pieds comme dans la première position du vertex.

Seconde espèce d'accouchement où les côtés de la tête se présentent.

1491. Nous avons déjà fait remarquer que la position de la tête qui constituoit la seconde espèce des accouchemens dont il s'agit, étoit la plus fréquente de celles qui viennent d'être indiquées. Elle ne peut avoir lieu que la matrice ne soit très-inclinée en devant ; et l'expérience nous a démontré plusieurs fois, qu'il suffisoit, dans la plupart des cas, de diminuer cette obliquité en faisant coucher la femme sur le dos et le plus horizontalement possible, pour rappeler la tête à sa situa-

tion naturelle. Mais lorsque cette précaution est infructueuse, il faut opérer le déplacement de la tête, en introduisant une main vers la partie postérieure de la matrice jusqu'au-dessus de la base du sacrum, pour accrocher le vertex qui y répond, et l'entraîner au centre de l'entrée du bassin.

De la manière de retourner l'enfant dans la seconde position des côtés de la tête.

1492. Quand des circonstances particulières ne permettent pas de confier l'accouchement aux soins de la nature, et demandent qu'on l'opère sur-le-champ, on retourne l'enfant et on l'amène par les pieds. Si c'est le côté droit de la tête qui se présente alors, on se sert de la main gauche, qu'on introduit au-dessus du vertex, pour redresser la tête comme il vient d'être dit, pendant qu'on exerce de l'autre main une pression plus ou moins forte sur le ventre de la femme, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice. Après cela on va chercher les pieds de la même manière que si le sommet ou vertex se fût présenté dans la première position.

1493. Lorsque c'est le côté gauche de la tête qui se trouve à l'orifice de la matrice, on opère de la main droite. On commence encore par ramener le vertex au détroit supérieur; et on pousse la tête sur la fosse iliaque droite, pour continuer d'aller prendre les pieds de l'enfant comme dans la seconde position du vertex même.

SECTION III.

De la manière d'opérer les Accouchemens de la troisième et quatrième espèces, où l'enfant présente un des côtés de la tête.

Troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente un des côtés de la tête.

1494. L'on ne peut se rappeler la position de la tête qui constitue la troisième espèce de ces accouchemens, sans être prévenu qu'il est plus difficile de la ramener à sa situation naturelle, que dans le cas précédent. Pour y parvenir, lorsque c'est le côté droit qui se présente, on éloignera la face de l'enfant de la base du sacrum, en avançant la main droite à l'entrée de la matrice, pendant qu'on fera de l'autre main une pression assez forte sur la région hypogastrique de la femme, pour obliger l'occiput qui y répond à descendre vers le milieu du bassin; et l'on tiendra la femme un peu couchée sur le côté gauche pour y incliner legèrement le fond de la matrice.

1495. On doit se conduire de même, à quelques égards, dans la troisième position du côté gauche de la tête, si on veut ramener celle-ci à sa situation naturelle. Mais ce sera sous l'occiput même qui est appuyé sur la base du sacrum qu'on introduira la main, pour l'entraîner convenablement à l'entrée du bassin; ce qui donne plus de facilité que dans le cas précédent.

De la manière de retourner l'enfant dans la troisième po-

1496. Quand les circonstances exigent qu'on retourne l'enfant et qu'on l'amène par les pieds, il faut se servir de la main droite, si c'est le côté droit qui se présente. On l'introduit selon la direc-

sition du côté droit et du côté gauche de la tête.

tion du sacrum et au-dessous de la face de l'enfant ; on soulève la tête, en la portant en devant et en même temps sur la fosse iliaque droite ; puis on va prendre les pieds comme dans la seconde position du vertex, en se conduisant en ce moment, ainsi que dans la suite, de la manière qui a été indiquée à l'occasion de cette dernière position.

1497. L'on opère encore de la main droite dans la troisième position du côté gauche de la tête. On l'insinue sous l'occiput qui est appuyé contre la base du sacrum, et l'on se comporte d'abord comme si l'on n'avoit d'autre intention que celle de ramener le vertex à sa situation naturelle. En ramenant la tête ainsi, on la porte sur le devant de la fosse iliaque droite, pour aller ensuite prendre les pieds de la même manière que dans le cas précédent ; et après les avoir dégagés jusqu'à l'entrée du vagin, on observe de tirer un peu plus sur le pied gauche, afin de favoriser les mouvemens du tronc nécessaires à la descente des fesses. Du reste on se conduit à l'ordinaire.

1498. On pourroit également opérer de la main gauche dans cette troisième position du côté gauche de la tête ; mais il faudroit l'insinuer vers la fosse iliaque droite de la mère et pousser la tête vers l'autre, pour aller saisir les pieds, en parcourant le côté gauche de l'enfant. Si l'on préféroit cette méthode, plus difficile que celle qui fait le sujet du §. précédent, il faudroit aussi tirer presque uniquement sur le pied droit, après avoir amené l'un et l'autre dans le vagin, pour remplir les vues qu'on s'est proposées en agissant sur le pied gauche dans l'autre procédé.

Manière d'opérer dans la quatrième position de l'un et l'autre côtés de la tête.

1499. Lorsque le côté droit de la tête se présente dans la quatrième position, on peut la ramener sans beaucoup de peine à sa situation naturelle, en introduisant une main sous l'occiput qui est appuyé contre la base du sacrum, pour l'entraîner au détroit supérieur, pendant qu'on inclinera un peu le fond de la matrice vers le côté droit. Quand il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, on est libre de se servir de la main droite ou de la main gauche, en les dirigeant un peu différemment. Si on préfère la première, il faut l'introduire en montant vers la fosse iliaque gauche, pour aller prendre les pieds en suivant le côté droit de l'enfant, et lorsqu'on les aura dégagés jusqu'à l'entrée du vagin, on observera de tirer presqu'uniquement sur le pied gauche, pour faciliter la version du tronc, et la descente des fesses dans une direction convenable. Du reste, on opère l'accouchement à l'ordinaire.

1500. Lorsqu'on se sert de la main gauche, on l'insinue sous l'occiput qui est appuyé contre la base du sacrum, pour l'entraîner au détroit supérieur, comme si on ne vouloit que ramener la tête à sa situation naturelle; on écarte ensuite cette tête de l'entrée du bassin, en la poussant sur le devant de la fosse iliaque gauche, pour aller prendre les pieds en suivant le côté gauche de l'enfant. Après les avoir dégagés, on tire uniquement sur le pied droit, pour courber le tronc plus facilement sur sa partie antérieure, et favoriser la descente des fesses; mais dans la suite on agit également sur les deux, et l'on se conduit comme dans le cas précédent.

1501. Pour ramener la tête à sa situation naturelle, lorsque sa partie latérale gauche se présente dans la quatrième position, l'on introduit une main à l'entrée de la matrice et en arrière, en refoulant la face qui répond à la base du sacrum, pendant qu'on appuie, ou qu'on presse un peu de l'autre main sur la région hypogastrique de la femme, dans la vue d'obliger l'occiput qui est sur le rebord du pubis, à se rapprocher du détroit supérieur et de s'y engager. Parvenu au but qu'on se propose, on fait pencher la femme sur le côté droit, pour rappeler l'axe de la matrice, alors inclinée vers le côté gauche, parallèlement à celui du bassin, et l'on abandonne l'accouchement aux efforts de la nature.

1502. Lorsqu'on ne peut ramener la tête à sa situation naturelle, ou que des circonstances accidentelles exigent qu'on opère l'accouchement, il faut retourner l'enfant et l'extraire par les pieds. On introduit la main gauche dans un état de supination, vers la partie postérieure de la matrice, en écartant la face de la base du sacrum sur laquelle elle est transversalement appuyée. On porte la tête en même temps sur le devant de la fosse iliaque gauche, et l'on va chercher les pieds en suivant le côté gauche de l'enfant, pour achever l'accouchement selon les règles prescrites à l'égard des autres positions.

ARTICLE II.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés du col.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes, des signes et des différences de ces Accouchemens.

Accouchemens où l'enfant présente un des côtés du col.

1503. Les accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés du col sont excessivement rares, quoiqu'ils paroissent dépendre des mêmes causes que les précédens, ce qu'il faut attribuer à la forme particulière des régions qui se présentent alors : mais il n'est pas impossible d'en rencontrer quelques-uns de cette espèce.

1504. On ne peut reconnoître les parties latérales du col, et juger de leur situation particulière relativement au bassin de la mère, qu'après l'ouverture de la poche des eaux, et ce n'est encore qu'en introduisant alors toute la main dans le vagin, qu'on y parvient : conséquemment l'on ne doit se permettre de faire ces recherches qu'au moment d'opérer l'accouchement, c'est-à-dire, qu'autant que les parties de la femme y sont bien préparées et que le travail est dans toute sa force.

Caractères des parties latérales du col.

1505. Cette région n'offre par elle-même aucune marque sensible au toucher, qui puisse la faire distinguer des autres. Ce n'est que par le haut de l'épaule, la clavicule, l'angle de la mâchoire inférieure et le bas de l'oreille, qui la cir-

conscrivent de toutes parts, qu'on peut la reconnoitre : elle ne se présente jamais à l'orifice de la matrice, que la plupart de ces caractères ne soient très-près du cercle de celui ci.

Des positions dans lesquelles ces régions peuvent se présenter.

1506. Dans la première position de l'un et de l'autre côté du col, l'oreille et l'angle de la mâchoire inférieure sont appuyés sur le rebord des os pubis, et l'épaule est sur la base du sacrum. La face regarde le côté gauche de la mère, quand c'est le côté droit du col qui se présente, et *vice versâ.*

1507. Dans la seconde position, l'angle de la mâchoire inférieure et l'oreille sont situés contre la base du sacrum, et l'épaule se trouve sur le pubis; mais de sorte que la face répond à la fosse iliaque droite lorsque c'est le côté droit du col, et à la fosse iliaque gauche, quand c'est le côté gauche.

1508. L'enfant est placé transversalement dans les deux autres positions. Dans la troisième, le côté de la tête se trouve appuyé sur la fosse iliaque gauche, et l'épaule sur l'autre. La face répond à la symphyse sacro-vertébrale, lorsque c'est le côté droit du col qui se présente, et à la partie antérieure de la matrice, au-dessus des os pubis, quand c'est le côté gauche.

1509. Dans la quatrième, le côté de la tête est appuyé sur la fosse iliaque droite, et l'épaule est sur la gauche; la face étant placée transversalement au-dessus des os pubis, lorsque c'est le côté droit du cou, et sur la symphyse sacro-vertébrale, quand c'est le côté gauche.

SECTION II.

Des indications que nous offrent ces diverses espèces d'Accouchemens.

De la manière d'opérer ces diverses espèces d'accouchemens.

1510. L'on ne doit rien espérer des forces de la mère, lorsqu'une des parties latérales du col de l'enfant se présente à l'orifice de la matrice; si ce n'est après qu'on a ramené la tête ou les pieds à leur situation naturelle. Mais il est toujours si difficile alors de satisfaire à la première de ces indications, que nous conseillons de ne jamais la tenter, et d'aller prendre les pieds dans tous les cas.

1511. La manière d'opérer est absolument la même que dans les différentes espèces d'accouchemens où l'un des côtés de la tête se présente. Il faut se conduire dans chaque position de la partie latérale droite du col, comme dans celle du côté droit de la tête, désignée sous le même nom numérique, et prendre pour règle, dans les différentes situations du côté gauche, ce que nous avons dit à l'occasion de celles de la partie latérale gauche de la tête.

ARTICLE III.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente l'une ou l'autre épaule.

SECTION PREMIÈRE.

Des causes, des signes, et différences de ces Accouchemens, ainsi que des indications qu'ils offrent.

Des accouchemens où l'enfant présente l'une des épaules.

1512. Quoique ces accouchemens paroissent encore dépendre des mêmes causes que les précédens, ils sont néanmoins bien plus fréquens; ce qui vient de ce que l'épaule étant saillante et arrondie, s'accommode beaucoup mieux à la forme de l'entrée du bassin, que ne peut le faire le côté du col.

1513. Il est assez facile de reconnoître l'épaule au moyen du toucher, par rapport aux clavicules, aux angles de l'omoplate, aux bras et aux côtes. La sortie de la main de l'enfant dénote presque toujours la présence de l'épaule sur l'orifice de la matrice, et peut aussi nous faire connoître de quelle manière elle est située, et si c'est l'épaule droite ou l'épaule gauche (1).

Des positions des épaules de l'enfant à l'égard du détroit supérieur.

1514. Dans la première position de l'une et l'autre épaules, la partie latérale du col est appuyée sur le rebord des os pubis, et le côté proprement dit est au-dessus du sacrum; de manière

(1) La sortie de la main de l'enfant n'est qu'un accident dont nous parlerons dans la suite de cet article.

que la poitrine regarde la fosse iliaque gauche quand c'est l'épaule droite qui se présente, et la fosse iliaque droite lorsque c'est l'épaule gauche.

1515. Dans la seconde position, la partie latérale du col est sur le bord supérieur du sacrum, et le côté se trouve au-dessus du pubis ; la poitrine répondant à la fosse iliaque droite, lorsque c'est l'épaule droite qui se présente, et à la fosse iliaque gauche, quand c'est l'épaule gauche.

1516. Dans la troisième, le col et la tête sont appuyés sur la fosse iliaque gauche, tandis que le côté et la hanche sont sur la droite ; de manière que le dos est placé transversalement sous la partie antérieure de la matrice, lorsque c'est l'épaule droite, et sur la partie postérieure de ce viscère, quand c'est l'épaule gauche.

1517. L'enfant est placé également en travers dans la quatrième position des épaules ; mais de sorte que la tête se trouve sur la fosse iliaque droite, et le bas du tronc sur la gauche ; que la poitrine est située sous la partie antérieure de la matrice, dans la quatrième position de l'épaule droite, et au-dessus du sacrum dans celle de l'épaule gauche.

Indications que prescrivent les différentes positions des épaules.

1518. L'indication que nous offrent ces accouchemens, est facile à saisir : elle consiste à extraire l'enfant par les pieds. On seroit peu fondé, dans tous ces cas, à vouloir ramener la tête à sa situation naturelle.

Section II.

De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente une des épaules.

De la première espèce d'accouchement où l'enfant présente l'une des épaules.

1519. Il n'est pas indifférent d'introduire l'une ou l'autre main dans le sein de la femme pour aller prendre les pieds de l'enfant, quand il présente l'une des épaules dans la première des quatre positions ci-dessus indiquées, surtout lorsqu'il y a déjà quelque temps que les eaux de l'amnios se sont évacuées. La main droite convient exclusivement quand c'est l'épaule droite, et la main gauche, lorsque c'est l'épaule gauche. Dans le premier cas, on l'insinue le long de la partie postérieure et latérale gauche de la matrice, en écartant l'épaule de l'enfant de l'entrée du bassin et en la poussant autant qu'on le peut sur la fosse iliaque droite, pour parvenir aux pieds et les entraîner successivement dans le vagin. Quand on éprouve quelque difficulté à les dégager entièrement après les avoir fait descendre à ce point, il faut avoir la précaution d'éloigner encore l'épaule du détroit supérieur, comme nous avons prescrit plusieurs fois d'en écarter la tête.

1520. Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente, on introduit la main gauche en suivant la partie postérieure et latérale droite de la matrice, pour retourner l'enfant. On écarte d'abord l'épaule de l'entrée du bassin, en la poussant sur la fosse iliaque gauche, et l'on opère du reste, en prenant les mêmes précautions que dans le cas précédent.

De l'accouchement de la seconde espèce où l'une des épaules se présente.

1521. Dans la seconde espèce d'accouchement où l'épaule droite se présente, il faut introduire la main gauche en suivant la partie latérale droite de la matrice, si on veut parvenir aux pieds et retourner l'enfant convenablement. On écarte l'épaule de l'entrée du bassin, puis la tête qui en est un peu plus loin, et on les dirige vers la fosse iliaque gauche, pendant qu'on incline légèrement le fond de la matrice du côté droit, en appuyant extérieurement sur le ventre de la femme. Quand on est parvenu aux pieds, on les entraîne successivement; et si l'on éprouve quelque difficulté à les dégager complètement, on éloigne l'épaule de nouveau, du détroit supérieur. Du reste, on se conduit à l'ordinaire.

1522. Dans la seconde de l'épaule gauche, c'est de la main droite qu'il faut aller chercher les pieds. On l'introduit vers le côté gauche de la matrice, et on écarte l'épaule ainsi que la tête, du détroit supérieur, en les dirigeant sur la fosse iliaque droite; tandis qu'on incline le fond de la matrice de l'autre côté, par une pression convenable sur le ventre de la femme, au moyen de l'autre main. Après cela, on dégage les pieds avec les précautions ordinaires, et l'on continue d'opérer comme dans les cas précédens.

De l'accouchement de la troisième espèce où l'une des épaules se présente.

1523. Lorsque l'épaule droite se présente dans la troisième position indiquée au §. 1516, il faut introduire la main droite en suivant la partie postérieure de la matrice, et en passant sous la poitrine de l'enfant, qu'on écarte de la colonne lombaire de la femme, en la portant au-dessus des os pubis, jusqu'à ce que l'épaule soit entièrement

dégagée du détroit supérieur : ensuite on va chercher les pieds en dirigeant les doigts vers le côté droit de la mère, et sur celui de l'enfant. Lorsque ces extrémités sont descendues dans le vagin, on tire presque uniquement sur le pied gauche en le tenant de plusieurs doigts seulement, tandis que des autres on repousse l'épaule de plus en plus au-dessus des os pubis : afin de favoriser le mouvement de flexion et de rotation que le tronc doit exécuter pour que les fesses s'engagent plus librement. Après cet instant, on agit également sur les deux pieds, et l'on continue d'extraire l'enfant, comme dans le cas où ces mêmes extrémités se sont présentées naturellement.

1524. Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente, si on veut parvenir plus facilement aux pieds et les dégager de la manière la plus favorable, il faut introduire la main gauche à peu près dans un état moyen entre la pronation et la supination, en suivant le côté gauche de l'enfant de même que la partie latérale droite et antérieure de la matrice, jusqu'à ce que les doigts rencontrent ces extrémités. Alors on dégage successivement les deux pieds, en commençant par celui du côté de l'enfant que la main a parcouru ; mais en observant de les faire passer l'un et l'autre sur la poitrine. On tire ensuite presque uniquement sur le pied droit, pendant que du bout de quelques doigts, on repousse encore l'épaule qui se présentoit jusqu'au-dessus de la saillie du sacrum. Après cela, on agit également sur les deux pieds avec les précautions ordinaires.

De la qua-

1525. La manière d'opérer l'accouchement ne

trième espèce d'accouchement où l'une des épaules se présente.

devient pas plus indifférente dans la quatrième position de l'une et de l'autre épaules, que dans celle que nous venons de décrire. Quand c'est l'épaule droite qui se présente, il faut introduire la main droite en suivant la partie latérale gauche et antérieure de la matrice, conséquemment en la ramenant un peu au-dessus du pubis, jusqu'à ce que les doigts puissent accrocher les pieds, pour les dégager successivement. On observera de commencer, autant qu'il est possible, par le pied droit, et de les faire passer en descendant sur la poitrine de l'enfant et derrière le pubis de la mère. Aussitôt que l'un et l'autre seront parvenus dans le vagin, on tirera uniquement sur le pied gauche, pendant qu'on repoussera l'épaule en arrière et en haut, au moyen de quelques doigts, ainsi qu'on le remarque au § 1524; surtout si l'on éprouvoit quelque difficulté à faire descendre ce pied au-delà. On agit ensuite également sur ces extrémités jusqu'à ce que les fesses soient dégagées, et l'on continue d'opérer comme dans les autres cas.

1526. Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente dans la quatrième position, il faut insinuer la main gauche dans la matrice en la portant dans un état de supination sous la poitrine de l'enfant. On dégage cette épaule, en la soulevant au-dessus des os pubis; on dirige ensuite les doigts vers le côté droit de la femme, et en suivant le côté gauche de l'enfant jusqu'à la hanche, la cuisse et le pied. Après avoir amené celui-ci dans le vagin, on réintroduit la main pour prendre le second, sur lequel il faut tirer presque uniquement aussitôt qu'il est descendu au même point

que le premier, afin de remplir plus facilement les vues qu'on se propose. On reprend après cela l'autre pied, on les fait descendre en même temps, et on continue d'extraire l'enfant selon les préceptes donnés.

Section III.

Des Accouchemens où la main de l'enfant se présente la première.

Des accouchemens où la main de l'enfant se présente.

1527. Nous avons cru devoir rapporter à cet article plutôt qu'à tout autre, les accouchemens où l'une des mains de l'enfant s'offre la première à nos recherches, quoiqu'elle puisse se présenter en d'autres circonstances que celles où l'épaule se trouve placée sur l'entrée du bassin; parce qu'il est rare dans ces dernier cas, que la main s'engage seule et s'échappe du sein de la femme, ce qui arrive au contraire le plus souvent dans les diverses espèces d'accouchemens qui font le sujet des deux Sections précédentes.

1528. Si l'on ne consulte que le langage des Auteurs, comme le font les jeunes Praticiens à qui celui de l'expérience est encore inconnu, on sera tenté de regarder les accouchemens où l'enfant présente la main, comme les plus difficiles qu'on puisse rencontrer. Mais lorsqu'on s'est frayé une route à la vérité, par quelques années seulement de pratique, le mépris de tant de préceptes non moins inutiles qu'alarmans pour l'humanité succède à la crainte qu'ils ont d'abord inspirée; et l'on ne voit plus dans ces mêmes accouchemens,

que des cas ordinaires ; abstraction faite de tout ce qui est étranger à leur nature, et qu'on ne peut imputer qu'à l'ignoranne des personnes qui se livrent à la profession d'accoucher sans en avoir bien étudié les principes.

1529. Parmi les préceptes qui nous ont été transmis à l'occasion de ces accouchemens, il en est qui sont contraires aux principes de l'art, et d'autres, aux sentimens d'humanité dont tous les hommes devroient être profondément pénétrés. Rien ne sauroit excuser l'espèce de cruauté qu'on a souvent exercée envers les enfans dont le bras s'engage le premier; surtout celle qu'on n'exerce que trop fréquemment encore de nos jours, quoique l'art soit beaucoup mieux connu.

1530. Pour répandre plus de clarté sur ce qui concerne ces accouchemens, nous distinguerons les diverses circonstances où la main de l'enfant peut se présenter, ne devant pas agir de la même manière dans toutes.

Des cas où la main se présente.

1531. La main se présente assez souvent à l'orifice de la matrice avant l'ouverture de la poche des eaux ; d'autres fois elle n'y paroît et ne s'y engage que longtemps après l'écoulement de ce fluide. Presque toujours, dans ces circonstances, c'est la tête qu'elle accompagne, et elle ne sauroit s'avancer au-dehors que celle-ci ne s'engage fort avant dans le bassin : quelquefois aussi elle paroît en même temps que les fesses, ou avec toute autre région de la surface de l'enfant. Si elle dénote plus souvent la présence de l'épaule sur l'orifice de la matrice, que ces différentes régions, quand elle s'est engagée profondément, c'est que l'épaule se

présente plus fréquemment que la plupart des autres parties; la tête, les fesses et les pieds cependant en étant exceptés.

1532. Il est très-rare que la présence de la main de l'enfant s'oppose à l'accouchement, quand elle accompagne l'une de ces dernières parties à l'orifice de la matrice, si le bassin de la femme est alors d'une bonne conformation ; parce qu'il y a plus de largeur qu'il n'en faut pour le passage d'une tête de volume ordinaire, au terme de la naissance. S'il ne peut en résulter que de foibles obstacles, chez presque toutes les femmes, dans le cas même où elle s'engage avec la tête et où elle continue de la précéder dans les progrès du travail, ces obstacles ne sauroient avoir lieu toutes les fois qu'elle se présente avant l'ouverture de la poche des eaux, ou à l'instant que cette poche s'ouvre; car le plus souvent alors cette main se retire comme d'elle-même, et la tête s'avance seule : ce qu'il est plus facile d'expliquer, que de comprendre comment, en pareil cas, cela n'arrive pas toujours.

1533. Quoique la présence de la main de l'enfant ne puisse mettre généralement que de foibles obstacles à la descente et à la sortie de la tête, il convient cependant de les prévenir ; et il vaut mieux la repousser que de la laisser descendre, quand on la découvre de bonne heure. L'expérience nous a souvent démontré, même en présence de nos élèves, qu'il suffisoit, pour la faire disparoître, de la soutenir de l'extrémité d'un doigt en la pressant contre la tête et en la dirigeant vers la face, pendant que la tête même s'engageoit

dans le détroit supérieur. On ne la repousse pas, mais on l'empêche de descendre, jusqu'à ce que la tête ait pris le dessous; après quoi elle remonte d'elle-même. On ne doit plus chercher à la faire remonter de cette manière lorsque la tête occupe le fond du bassin ; il faut se contenter de détourner le bras des côtés de cette cavité, et de le conduire vers l'une des échancrures ischiatiques, s'il s'oppose fortement à l'accouchement.

1534. Ce n'est que dans le cas où le bassin est défectueux, dans celui où il est médiocrement resserré, que la sortie de la main de l'enfant peut apporter de grands obstacles à celle de la tête qui se présente en même temps. Alors il est de toute nécessité de repousser cette main au-dessus de la tête, si le moment le permet encore, c'est-à-dire, si la tête n'est pas trop engagée et trop serrée : car, dans ce dernier cas, il est quelquefois plus à propos d'opérer l'accouchement avec le forceps.

1535. On trouve bien plus d'exemples en pareils cas de l'application du crochet que de celle du forceps : il semble même qu'on n'a eu recours à ce dernier qu'une seule fois, et ce ne fut encore qu'après la perforation du crâne et l'évacuation du cerveau. Les deux observations suivantes tendent à démontrer que la présence du bras ne s'oppose pas à l'usage de cet instrument, et que son utilité n'est pas moins évidente alors qu'en bien d'autres circonstances. Le 29 janvier 1776, je fus appelé pour une femme d'une petite stature, dont le bassin avoit au plus trois pouces et un quart de petit diamètre dans son entrée. Elle étoit à terme, et en travail depuis vingt heures; les eaux étoient évacuées

Observation.

depuis dix-huit, et les douleurs se soutenoient avec force. La tête de l'enfant se présentoit bien, l'occiput étant tourné vers la cavité cotyloïde gauche; mais elle étoit à peine engagée, quoique la grande tuméfaction du cuir chevelu la fit paroître fort avancée. L'avant-bras placé entre le côté droit de cette tête et le pubis, la déprimoit profondément en forme de gouttière, et se trouvoit lui-même tellement étranglé, que la main en étoit singulièrement tuméfiée et livide. Livrée depuis long-temps aux efforts pénibles de l'accouchement, la femme avoit le pouls vif et dur, le visage enflammé, la respiration gênée, le ventre tendu et douloureux. Après l'avoir fait saigner une seconde fois, l'ayant été trois heures auparavant, j'essayai de repousser la main de l'enfant; mais ne pouvant y parvenir, et présumant bien que ce ne seroit pas sans de grandes difficultés que la femme accoucheroit quand je parviendrois à la repousser, à cause de l'étroitesse du détroit supérieur et du mauvais état des forces qui étoient épuisées; voyant en outre trop de danger à retourner l'enfant, et à l'amener par les pieds, j'appliquai le forceps. Je conduisis cet instrument comme je le prescris pour la position de la tête qui avoit lieu, en plongeant ses branches à la profondeur au moins de sept pouces, pour la saisir convenablement, après l'avoir repoussée un peu au-dessus du détroit, dans la vue de leur frayer un chemin plus facile; et j'amenai l'enfant vivant. Il parut plus fatigué de la longueur du travail qui avoit précédé, que de l'opération, mais il se ranima tellement au moyen des soins que je lui

donnai, qu'il ne le cédoit en force à aucun autre, une heure après sa naissance. M. Legrand, D. M., professeur d'accouchemens à Amiens, alors à Paris, fut témoin de cet accouchement.

Observation.

1536. Mon frère accoucha une autre femme de la même manière le 25 juin 1785, en présence de MM. Assalini et Audeberty, médecins étrangers correspondans de l'académie de chirurgie de Paris, qui suivoient alors mes leçons. La main de l'enfant étoit au-dehors depuis plus de cinq heures; elle étoit sortie jusqu'au coude, tuméfiée, livide et froide, ainsi que tout l'avant-bras qui descendoit vers le côté droit du bassin et un peu derrière le pubis. La tête, volumineuse et solide, occupoit le fond du bassin; elle avoit franchi le col de la matrice, et portoit au sommet une tumeur qui déroboit les sutures et les fontanelles à toutes espèces de recherches, et empêchoit d'en reconnoître la véritable situation. La femme étoit très-foible, le pouls extrêmement petit, et les grandes lèvres tuméfiées, enflammées, étoient garnies de phlyctènes. D'un côté, la femme étoit menacée de succomber avant l'accouchement, si on ne l'opéroit pas de suite; et de l'autre, la vie de l'enfant n'étoit pas mieux assurée, et l'on ne pouvoit repousser sa tête pour l'amener par les pieds. Mon frère préféra le forceps, et conserva, par son moyen, les deux individus. Quatre jours suffirent pour dissiper la tuméfaction de l'avant-bras, de la main et de la tête de l'enfant; et le cinquième, la femme put rester levée.

1537. Il arrive très-rarement que les deux mains se présentent avec la tête, et plus rarement

encore qu'on soit obligé de repousser celle-ci et de retourner l'enfant, par rapport à cette légère complication, à laquelle il est toujours facile de remédier. L'on ne doit prendre ce parti, souvent dangereux, quoique dicté de nos jours par un Accoucheur qui ne manquoit cependant pas de talent (1), qu'autant que la présence du bras a détourné la tête de l'axe du bassin et lui a fait prendre une mauvaise position : encore faut-il, pour y être autorisé, qu'on ne puisse la rétablir dans sa position naturelle après avoir fait rentrer la main de l'enfant dans la matrice.

Opinion d'un Accoucheur des plus modernes sur ce cas.

1538. La présence de la main ou du bras sur l'orifice de la matrice, quelle qu'en soit la direction, ne prescrit aucune indication particulière avant l'ouverture de la poche des eaux ; et l'on ne doit avoir égard, après ce moment, qu'à la région principale que l'enfant présente et à sa position, pour se déterminer sur la manière d'opérer. L'auteur que nous venons de citer, craignant que la main ou le coude de l'enfant ne s'engageât dans le vagin, si les membranes venoient à s'ouvrir spontanément, a conseillé *d'introduire une main dans la matrice, avant le moment de cette rupture, du côté opposé à celui où se trouve la tête, pour aller percer les membranes vers le fond, saisir un pied ou les pieds, et les amener dans le vagin* (2). Nous n'entrevoyons pas trop quels seroient les avantages de ce procédé, déjà recommandé par *Peu* et *Smellie* en d'autres cas, mais avec des restrictions

(1) M. *Deleurie*, nouv. édit., §. 749 et suiv.
(2) *Idem* §. 740.

bien essentielles ; ses inconvéniens se découvrent bien plus facilement, et quels que soient les premiers, ils ne les compenseront jamais.

1539. Il est bon, sans doute, d'empêcher que la main ou le coude de l'enfant ne s'engage dans le vagin, au moment de l'ouverture de la poche des eaux, et surtout si l'enfant est mal situé ; mais il suffit, pour se procurer cet avantage, d'ouvrir les membranes sur l'orifice même de la matrice, ou d'opérer au moment de leur rupture spontanée, si elle se fait à temps : il n'est jamais nécessaire d'introduire la main derrière ces membranes, et d'aller les déchirer vers le fond de la matrice ou à l'endroit le plus éloigné de l'orifice.

Des cas où la main de l'enfant est dehors.

1540. Nous ne sommes pas toujours appelés d'assez bonne heure, il est vrai, pour opérer dans ce moment d'élection ; et souvent à l'instant où nous voyons la femme pour la première fois, la main de l'enfant est dehors, ou bien le bras se trouve fléchi dans le vagin, de sorte que c'est le coude qui s'avance : souvent aussi cette extrémité est tuméfiée, livide, et l'on a déjà fait beaucoup d'efforts soit pour la rentrer dans la matrice, soit pour extraire l'enfant en tirant dessus. C'est en de pareilles circonstances que les personnes chargées du soin de terminer l'accouchement se sont conduites différemment, selon l'idée qu'elles s'étoient faite du genre de difficultés qui s'y opposoient, ou les principes qu'elles avoient adoptés.

Diverses méthodes d'opérer proposées et mises en usage dans le cas où la main

1541. Les uns se sont persuadés qu'on pouvoit extraire l'enfant en tirant sur le bras ; d'autres, qu'il falloit le faire rentrer dans la matrice, pour retourner l'enfant et l'amener par les pieds ; plu-

de l'enfant est dehors.

sieurs ont arraché cette extrémité, et quelquefois les deux. en la tordant sur elle-même pour la désarticuler plus aisément, ou bien l'ont amputée le plus haut possible, soit avec des tenailles incisives ou autrement, croyant l'amputation moins cruelle que l'arrachement ; tandis que quelques accoucheurs se sont contentés d'y faire de profondes incisions, dans la vue d'en procurer le dégorgement, quand elle étoit tuméfiée, ou lorsqu'elle paroissoit gangrenée. Un accoucheur du dix-septième siècle (1) conseilloit de passer un lacs autour du corps, au moyen d'un crochet mousse fenêtré, pour faire descendre les fesses de l'enfant, pendant qu'on repousseroit le haut de la poitrine ; et de nos jours, un autre a proposé d'aller chercher la seconde main de l'enfant, lorsqu'on ne pouvoit entrer dans la matrice pour en dégager les pieds (2).

1542. Ces divers procédés, qui ne paroissent qu'une conséquence les uns des autres, n'ont pu être que le fruit de l'ignorance de la plupart des matrones, presque seules en possession de l'exercice de l'art d'accoucher jusque vers le milieu du siècle dont nous venons de parler ; ou de l'erreur des hommes qu'elles ont appelés à leur secours.

On ne doit pas tirer sur la main de l'enfant pour l'extraire du sein de sa mère.

1543. Quand on connoît le rapport des dimensions d'un enfant à terme dont le bras est sorti de la matrice, avec celles d'un bassin de largeur naturelle, on voit clairement ce qu'on peut attendre

(1) *Peu*, Pratique des Accouchemens, pag. 412.

(2) M. *Deleurie*, Traité des Accouchemens, deuxième édition, pag. 311 et suiv.

des efforts qu'on exerceroit sur cette extrémité à dessein d'extraire le corps. Si l'on y est quelquefois parvenu de cette manière, c'est que l'enfant étoit alors très-petit et le bassin de la mère assez grand pour le laisser passer en double; ces faits ne sont que des exceptions rares, et ne peuvent servir de règles.

Observation.

1544. Une femme, au terme de sa sixième grossesse, étant accouchée très-heureusement d'un enfant bien portant, mais d'une médiocre grosseur, le 30 mai 1788, ressentit bientôt après de nouvelles douleurs qu'on prit pour des tranchées, et qui se soutinrent pendant trois jours consécutifs. Un chirurgien appelé à cette époque, reconnut qu'il y avoit un second enfant dont le bras s'étoit engagé dans le vagin, au point que la main étoit dehors, et fit appeler mon frère, après avoir fait beaucoup d'efforts infructueux pour aller prendre les pieds. Trouvant alors la femme très-foible, le visage rouge et enflammé, le ventre tendu et plus gros que dans une grossesse ordinaire de neuf mois, la respiration laborieuse, le pouls petit et concentré, et voyant le bras gauche de l'enfant sorti au point que l'épaule débordoit les grandes lèvres, et que le haut de la poitrine paroissoit à la vulve, jugeant d'ailleurs d'après l'état de toutes ces parties que l'enfant étoit mort, mon frère ne crut pas devoir se mettre en peine de le retourner, et préféra de l'extraire, en tirant avec ménagemens sur l'extrémité : ce qu'il obtint sans beaucoup de peine, et avec un tel succès pour la femme, qu'elle se rétablit en peu de jours. L'enfant étoit très petit et putréfié : sans de pareilles conditions l'on n'eût

pu terminer l'accouchement de la manière dont on l'a fait, et il auroit fallu retourner l'enfant.

1545. Si cette observation nous montre qu'il est des cas où il convient, pour le bien de la femme, de s'éloigner des règles ordinaires, le Journal de Médecine de Londres en fait connoître d'autres qui ont paru mériter bien plus d'attention, puisque les circonstances étant les mêmes, l'enfant a été expulsé par les seuls efforts de la nature, et s'est dégagé tantôt en présentant les fesses, et tantôt les pieds, quoique le bras fût au-dehors depuis plusieurs jours, et l'épaule poussée jusqu'à la vulve. Cependant Thomas Denman, qui a communiqué ces faits, et qui en avoit déjà recueilli une trentaine en 1785, n'en conclut pas moins que la meilleure manière d'opérer l'accouchement, lorsque le bras se présente, est de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds; quand on le peut, dit-il, avec l'espoir de le conserver, et sans nuire à la mère. Si le précepte d'opérer l'accouchement de cette manière n'étoit fondé sur aucun fait, ceux que nous venons de citer suffiroient pour le bien étayer, puisque de trente enfans qui se sont *tournés spontanément* dans ces sortes de cas, pour nous servir des expressions de Denman, un seul est venu vivant.

1546. Il est bon, sans doute, de connoître de pareils faits, et l'on doit savoir gré à MM. Doublet et le Roux des Tillets, médecins de Paris, de nous avoir donné la traduction des observations de Denman (1): mais qu'on n'aille pas conclure,

(1) Journal de Méd. de Paris, t. 63, p. 502; t. 65, pag. 79.

d'après les réflexions de ce dernier, qu'il ne faille retourner l'enfant dont le bras se présente, qu'autant qu'on a l'espoir de le conserver, et qu'il faut le laisser venir spontanément, quand on a la certitude de sa mort : car cette conséquence seroit fâcheuse pour un grand nombre de femmes. On ne doit le laisser venir ou l'extraire, dans la position où il est, qu'autant que les choses sont avancées au point où on le remarque dans les observations de Denman, et qu'on le voit d'ailleurs disposé à sortir ainsi. Nous ne ferons aucune réflexion sur cette version spontanée de l'enfant, quoiqu'elle en fournisse un vaste champ.

La réduction du bras sorti est le plus souvent impossible, et jamais nécessaire.

1547. L'intention de faire rentrer le bras sorti seroit bien plus louable, si on le pouvoit dans tous les cas : mais excepté celui où les eaux sont récemment écoulées, celui où par cela même il seroit le moins nécessaire de le faire, on le tenteroit vainement, et les tentatives qu'on feroit à ce dessein deviendroient d'autant plus dangereuses qu'on y emploieroit plus de forces. Aucun des moyens proposés pour faire rentrer le bras de l'enfant ne paroîtra plus fécond en inconvéniens que l'espèce de béquille inventée par Burton, accoucheur anglais (1).

1548. La réduction du bras, toujours très-difficile, et le plus souvent impossible, n'est essentiellement nécessaire dans aucun cas. Ce n'est pas la présence de l'extrémité qui s'est engagée dans le passage qui s'oppose à l'introduction de la main de

(1) Son ouvrage a été traduit en français par un médecin de la Faculté de Paris, M. *Lemoine*, qui l'a enrichi d'excellentes notes.

l'Accoucheur; elle ne sauroit, par elle-même, l'empêcher de pénétrer, de parvenir aux pieds de l'enfant et de le retourner. C'est la contraction de la matrice même, la roideur de son col, et le peu de dilatation de son orifice, qui apportent ces grands obstacles qu'on y trouve quelquefois; comme il est aisé de s'en assurer, si l'on fait attention à la largeur naturelle du bassin de la femme, à l'extrême dilatation dont l'orifice de la matrice est susceptible, et à celle qu'il éprouve dans tous les accouchemens; surtout en comparant les dimensions de cet orifice porté à ce degré de dilatation, au volume de la main de l'Accoucheur, y compris celui du bras de l'enfant.

La présence du bras dans l'orifice de la matrice n'est pas ce qui s'oppose à l'introduction de la main de l'Accoucheur.

1549. La grosseur de ce bras, même tuméfié au dernier point, ne peut jamais remplir entièrement le passage, et cette extrémité jointe à la main de l'Opérateur ne surpasse jamais en volume la grosseur de la poitrine ou de la tête de l'enfant. Si l'orifice de la matrice est susceptible d'une assez grande dilatation, et le bassin naturellement assez large pour donner issue à ces parties; si on les a vu franchir ce double passage, quoique précédées ou accompagnées d'un bras, des extrémités inférieures même, comme dans les accouchemens où l'enfant vient en présentant les fesses; comment a-t-on pu croire que le bras, tuméfié ou non, pouvoit s'opposer à l'entrée de la main dans la matrice? Comment a-t-on pu se persuader qu'il fermoit entièrement le passage, qu'on a eu raison de l'amputer ou de l'arracher, et que cette opération étoit indispensablement nécessaire?

1550. Lorsqu'on procède à l'accouchement, au

moment de l'évacuation des eaux, si le col de la matrice est souple et bien dilaté, on y introduit la main et on retourne l'enfant avec autant d'aisance que si le bras n'y étoit pas engagé. Dans quelques circonstances où la présence de ce bras sembloit mettre les plus grands obstacles à l'introduction de la main, une perte étant survenue inopinément, fit cesser ces obstacles, et procura l'avantage d'opérer sans peine un accouchement dont on commençoit à regarder les difficultés comme au-dessus des ressources salutaires de l'art, d'après les efforts réitérés qu'on avoit faits en vain pour les surmonter. Cette hémorrhagie a-t-elle fait alors quelque chose de plus que de relâcher le col de la matrice, d'en affoiblir la résistance, et de dissiper le resserrement naturel ou spasmodique de tout le corps de ce viscère? Et qu'y a-t-il en cela que l'art ne puisse opérer avec moins de danger que ne l'a fait accidentellement la nature?

Erreur de ceux qui ont cru qu'il étoit nécessaire d'arracher ou de couper le bras de l'enfant.

1551. La véritable indication que prescrivent tant d'obstacles ne consiste qu'en cela même. C'est cette souplesse qu'il faut d'abord procurer aux fibres de la matrice, toutes les fois qu'elles ne sont pas dans cette disposition favorable et nécessaire à l'accouchement, avant de s'efforcer, et d'essayer même de retourner l'enfant, soit que le bras se présente ou non. En remplissant ces premières vues, l'Accoucheur se préparera un accès facile vers les pieds de l'enfant, et ne se croira plus dans la triste nécessité d'arracher ou de couper le bras de cet infortuné. Il reconnoîtra de même qu'il n'est pas nécessaire de faire rentrer cette extrémité pour terminer l'accouchement.

1552. Ces manœuvres enfantées par l'ignorance et accréditées par des personnes sans principes, étoient au plus excusables dans le siècle qui a vu naître leurs auteurs; et les Praticiens qui les exerceroient aujourd'hui seroient mille fois plus répréhensibles que ces premiers. Elles ne sont permises en aucun cas, parce qu'elles ne peuvent jamais conduire au but principal qu'on se propose. Si elles paroissent avoir eu quelque succès, ce succès n'a été qu'apparent, et ne sauroit en imposer aux personnes instruites. La facilité qu'on a eue quelquefois d'aller saisir les pieds de l'enfant après l'arrachement du bras, quoiqu'on n'eût pu le faire avant, ne doit pas être attribuée à l'absence de cette extrémité; et l'on n'a été redevable de cet avantage qu'aux violences qu'on a exercées sur le col de la matrice, et aux déchirures qu'on y a faites le plus souvent, en s'efforçant d'arracher le bras. On auroit pu en procurer la dilatation par des moyens plus doux, et conserver à l'enfant le membre dont on l'a privé.

L'on ne doit jamais retrancher le bras sorti.

1553. La putréfaction même de ce membre, qui ne sembleroit laisser d'autre espoir de salut pour l'enfant que dans une telle amputation, ne devroit pas nous autoriser à la pratiquer avant l'accouchement, parce qu'on le fera bien plus sûrement après, si elle est indispensable, que dans le temps où l'enfant est encore renfermé dans le sein de sa mère. Quelques praticiens ne s'étant déterminés à retrancher le bras, que parce qu'ils croyoient, d'après sa putréfaction, que l'enfant étoit mort, n'en paroissent pas moins coupables aux yeux des personnes instruites, qui savent que cette putré-

faction n'est souvent que locale, qu'elle caractérise peu cet état de mort, et que bien des fois lorsqu'on ne croyoit mutiler et n'extraire qu'un cadavre, on a mutilé et extrait un enfant vivant. D'après de pareils faits, avec quelle prudence ne doit-on pas se conduire dans tous ces cas (1)?

C'est à l'état de la matrice et de son col qu'il faut faire attention quand le bras de l'enfant est sorti.

1554. Quel que soit l'état du bras qui s'est engagé, il exige donc toujours moins d'attention que l'état de la matrice. Lorsque celle-ci n'a point été fatiguée par les vains efforts du travail, ou par des mains imprudentes, si son col est souple et bien dilaté, il faut y introduire la main selon les règles prescrites à l'occasion des différentes positions des épaules, pour en dégager les pieds, et retourner l'enfant, comme si le bras n'en étoit pas sorti, en donnant cependant à ce dernier les soins indiqués au §. 1561.

Des moyens qu'on doit employer en pareil cas.

1555. Quand la matrice est affectée de spasme, ce qui est assez rare, ou lorsqu'elle s'est déjà fortement contractée sur l'enfant, il faut la relâcher et la détendre par des moyens convenables, tels que la saignée du bras, les bains, etc. et n'entreprendre de terminer l'accouchement qu'après avoir satisfait à cette première indication qui est

(1) On trouve en foule des exemples d'arrachement ou d'amputation du bras de l'enfant, et même des deux extrémités supérieures. Le dix-huitième siècle ne seroit peut-être pas celui qui en fourniroit le moins, si on eût pris soin de les recueillir : mais aucun de ces exemples n'inspire plus d'horreur que celui que cite *de la Motte*, Obs. 228, page 664, nouv. édit., et celui de *Rœderer*, Obs. 4.

toujours la plus urgente. S'il ne faut pas craindre d'évacuer le sang largement, lorsque la circonstance l'exige, en répétant la saignée, nous observerons cependant qu'il seroit dangereux de prendre pour règle ce que prescrivoit, en 1774, un jeune Médecin qui avoit fait à peine le premier pas dans la carrière qu'il se proposoit de parcourir; la pratique ne l'ayant pas encore instruit, dans ce temps, de ce qu'il y avoit à craindre ou à espérer des saignées multipliées, qu'il regardoit comme l'ancre du salut de la femme (1). L'autorité de *Solayrès*, cité par ce Médecin à l'appui de son opinion, ne doit pas en imposer: cet Accoucheur, n'ayant jamais conseillé de multiplier les saignées au point qu'on pourroit l'en soupçonner d'après la lecture de la dissertation dont il s'agit, et n'ayant d'ailleurs rencontré de ces cas où le bras de l'enfant étoit sorti, que les plus favorables à l'accouchement : ce que je puis certifier, ayant été son élève et son ami, presque tout le temps qu'il consacra à l'enseignement et à la pratique de l'art des accouchemens.

Le défaut de dilatation du col de la matrice est ce qui s'oppose le plus à l'accouchement quand le bras de l'enfant est sorti.

1556. L'état de spasme et de forte contraction de la matrice, ne sont pas les seules causes qui puissent empêcher d'y porter la main pour retourner l'enfant dont le bras est dehors. Quelquefois ce n'est que parce que l'orifice de la matrice est à peine entr'ouvert au moment où cette extrémité

(1) M. *Alphonse le Roy*, Journal de Médecine du mois de mars 1774. C'est la première année que ce Médecin a commencé à se livrer à la pratique et à l'enseignement de l'Art d'accoucher.

s'y engage, et que son bord présente encore trop de roideur et d'épaisseur pour qu'il puisse s'ouvrir aisément au-delà, sans de grands inconvéniens; ce qui vient le plus souvent de ce que la poche des eaux s'est déchirée prématurément, et que le travail de la nature ne s'est pas encore soutenu assez de temps, pour procurer la dilatation requise. Toutes tentatives pour opérer l'accouchement sur le champ, ne seroient pas moins dangereuses dans ce cas que dans celui où la matrice, fatiguée par la longueur du travail, ou affectée de spasme, s'oppose fortement à l'entrée de la main. Elles ne feroient qu'augmenter les difficultés naturelles à cette époque du travail, soit en excitant la contraction du col de la matrice, soit en dépouillant les parties de la femme des mucosités qui les enduisent et les pénètrent, en rendant toutes ces parties douloureuses et en les disposant à s'enflammer, ou en accélérant la tuméfaction du bras de l'enfant : ce qui rendroit la circonstance, déjà fâcheuse par elle-même, bien plus fâcheuse encore. Il faut donc attendre pour opérer l'accouchement, que les fibres qui constituent le bord de l'orifice, se soient humectées, affoiblies et relâchées, en un mot, qu'elles jouissent du degré de souplesse nécessaire à une dilatation convenable, ou que cette dilatation se soit opérée comme d'elle-même. On évitera, pendant ce délai, de toucher la femme fréquemment, comme le font quelques-uns dans la vue d'accélérer cette dilatation, crainte qu'il n'en résulte le contraire. Si la résistance du col de la matrice ne cédoit pas aux efforts naturels de l'acouchement, la saignée du bras, les bains, et les

De ce qu'il faut faire, quand l'orifice de la matrice n'est pas encore assez dilaté.

injections relâchantes, pourroient être d'un grand secours. L'on peut y employer le temps nécessaire, parce que la présence du bras n'offre jamais par elle-même d'indications bien urgentes.

Pratique d'un Accoucheur des plus modernes.

1557. Ces préceptes paroîtront préférables sans doute à ceux qu'un Accoucheur a donnés pour la seconde fois sur le même sujet en 1777. « Les eaux « sont écoulées depuis longtemps, dit-il, les par- « ties sont sèches, la matrice est contractée et ser- « rée sur l'enfant; la femme est forte et robuste : il « faut sur-le-champ entrer dans la matrice le long « du bras sorti, le faire avec beaucoup de douceur « et de force, aller chercher les pieds et les ame- « ner ».... Et plus loin : « J'ai coutume de tenter les « moyens d'entrer dans la matrice ; si je ne le peux « pas, je tâche de dégager l'autre bras et de l'ame- « ner dans le vagin. Cette façon d'agir m'a con- « stamment réussi ; la réflexion m'a guidé dans le « premier travail que j'ai terminé ainsi. Le second « bras ne peut sortir sans ébranler l'enfant, lui « faire changer de position, et me faciliter l'intro- « duction de la main.... (1) ».

1558. On trouve dans ce passage des contradictions manifestes, et des préceptes que désavoueroient sûrement les Auteurs des premiers siècles de l'Art s'ils eussent échappé à leur plume. Comment, par exemple, pénétrer dans la matrice pour aller prendre le second bras de l'enfant, lorsqu'on ne peut y entrer pour saisir les pieds ? L'intention de l'Accoucheur change-t-elle en quelque chose

(1) M. *Deleurie*, Traité des Accouchemens, deuxième édition, pag. 311 et suiv.

la nature des difficultés, et ne seront-elles pas les mêmes, soit qu'il se propose d'aller chercher le second bras, ou les pieds? La situation de l'enfant lorsqu'un bras est sorti de la matrice, est le plus souvent telle, que l'autre extrémité supérieure est plus éloignée de l'orifice que ne le sont les pieds; et ce n'est qu'en quelques circonstances extrêmement rares, où cette seconde extrémité, croisant la poitrine ou le dos, présente la main auprès de cet orifice de manière à ce que l'Accoucheur puisse l'accrocher sans introduire toute la sienne dans la matrice. En supposant que cela soit ainsi, et qu'on puisse saisir la main de l'enfant du bout de quelques doigts pour l'entraîner au-delà de l'orifice et l'empoigner ensuite de façon à pouvoir tirer fortement dessus, oseroit-on se promettre de changer avantageusement par ce moyen la position du tronc, dans le cas où l'auteur le représente étroitement serré de toutes parts dans la matrice? Une pratique semblable n'a pu être le fruit de la réflexion : une erreur y a donné lieu, mais les bornes de cet ouvrage ne nous permettent pas de la dévoiler ici.

Corollaires de tout ce que nous avons exposé sur les accouchemens où le bras de l'enfant est engagé.

1559. On peut résumer de tout ce que nous venons de dire sur les accouchemens où la main de l'enfant est sortie et le bras engagé dans l'orifice de la matrice, 1°. qu'il faut avoir plus d'égards, dans tous ces cas, à l'état de la matrice qu'à celui de l'extrémité de l'enfant, qui ne présente par elle-même aucune indication essentielle, si ce n'est après l'accouchement, lorsqu'elle est tuméfiée, livide ou gangrénée; 2° qu'on ne doit jamais essayer de faire rentrer cette extrémité dans la

matrice quand il y a quelque temps que les eaux sont écoulées : 3° que sa réduction, quoique possible au moment de l'ouverture de la poche qui contient ce fluide, et conséquemment à l'instant où cette extrémité même s'échappe de la matrice, n'est pas essentiellement nécessaire : 4° qu'il est contraire aux principes de l'art d'arracher où d'amputer ce membre : 5° qu'il seroit absurde lorsque l'enfant est vivant de vouloir l'extraire en tirant sur le bras, comme de vouloir aller chercher sa seconde main, toutes les fois que la forte contraction de la matrice et le peu de dilatation de son orifice, ne permettent pas d'y pénétrer pour saisir les pieds : 6°. qu'il ne seroit pas même raisonnable dans le cas dont il s'agit, d'accrocher cette seconde main et de tirer dessus à dessein de changer la position du tronc de l'enfant, quand cette main se trouveroit assez près de l'orifice pour qu'on pût la saisir, en y insinuant quelques doigts seulement : 7°. enfin, qu'on doit toujours aller chercher les pieds, et retourner l'enfant; mais qu'il seroit dangereux d'y procéder avant que les parties de la femme n'y fussent bien préparées par la nature ou par l'art.

Des attentions qu'exige la présence du bras qui est engagé.

1560. Il arrive souvent, en pareil cas, que la main de l'enfant disparoît et semble rentrer dans la matrice, à mesure qu'on fait descendre les pieds ; et cet effet dont on découvre facilement la cause, n'est pas toujours des plus heureux pour l'enfant. Si cette extrémité en remontant ainsi, se place quelquefois dans le bassin de la femme, de manière qu'elle se trouve appliquée dans la suite, snr le côté de la tête, comme on le remarque le plus

constamment dans les accouchemens où l'enfant vient par les pieds ; d'autres fois aussi le bras se plie, et le coude s'arc-boute contre un point des parois de cette cavité, de façon à mettre obstacle à la descente du tronc, ou bien à exposer l'humérus à se fracturer.

1561. Pour éviter ces inconvéniens, il faut observer de faire redescendre la main dans les mêmes proportions que le tronc; d'aller la reprendre quand elle a disparu, aussitôt que les cuisses seront dégagées, afin de maintenir le bras alongé contre le corps. Il seroit bien plus sûr et plus expédient d'appliquer un lacs sur le poignet de l'enfant avant d'aller chercher les pieds, comme nous le recommandons depuis long-temps, dans un petit ouvrage publié en faveur des Sages-femmes (1). On retirera de ce lacs un double avantage : 1.° celui de fixer le bras de l'enfant selon sa longueur contre un des côtés du bassin, et d'empêcher qu'il ne rentre et ne se replie dans ce canal, pendant qu'on introduira la main dans la matrice, pour aller prendre les pieds ; 2.° celui de prévenir les inconvéniens énoncés au §. précédent. Si l'on emploie ce lacs, il faudra bien observer de ne pas tirer dessus pendant qu'on s'efforcera de dégager les pieds et de les amener au-dehors, pour ne pas fixer l'épaule à l'entrée du bassin, dans un temps où elle doit nécessairement s'en éloigner un peu ;

Utilité qu'on peut retirer d'un lacs appliqué au poignet du bras qui est sorti.

(1) Principes sur l'Art d'Accoucher, en faveur des Sages-femmes, publiés pour la première fois en 1775, par ordre du Gouvernement en 1787, et dont la troisième édition vient de paroître.

et de ne le faire qu'au moment où les fesses de l'enfant seront parvenues au passage.

ARTICLE IV.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés de la poitrine.

Section première.

Des causes, des signes et différences de ces Accouchemens, et des indications qu'ils nous offrent.

Accouchemens où l'enfant présente un des côtés proprement dits.

1562. Il est aussi difficile d'assigner les causes particulières de ces accouchemens que celles des précédens : quant aux causes générales elles paroissent les mêmes.

1563. On reconnoît aisément, au toucher, la partie latérale de la poitrine de l'enfant par rapport aux côtes, à l'aisselle, au bras et à la hanche, et l'on distingue avec la même facilité, si c'est le côté droit ou le côté gauche qui se présente, en faisant attention à la situation particulière de toutes ces parties relativement à l'entrée du bassin de la femme.

Positions que peuvent prendre ces régions sur l'entrée du bassin.

1564. Dans la première position de l'un ou de l'autre côté, l'aisselle de l'enfant est appuyée sur le pubis de la mère, et la hanche sur le haut du sacrum, le devant de la poitrine regarde la fosse iliaque gauche lorsque c'est le côté droit qui se présente, et la fosse iliaque droite quand c'est le côté gauche.

1565. Dans la seconde position, l'aisselle est

appuyée sur la base du sacrum, et la hanche sur le pubis; la poitrine répond à la fosse iliaque droite lorsque c'est le côté droit, *et vice versâ.*

1566. Dans la troisième, le tronc de l'enfant est situé en travers sur le bassin, l'aisselle se trouvant appuyée sur le bas de la fosse iliaque gauche, et la hanche sur l'autre; la poitrine étant sur la partie postérieure de la matrice lorsque c'est le côté droit, et sous la partie antérieure de ce viscère lorsque c'est le côté gauche.

1567. Dans la quatrième, de l'un et de l'autre côtés, le tronc de l'enfant est encore placé transversalement à l'égard du bassin, l'aisselle étant sur le bas de la fosse iliaque droite, et la hanche sur la gauche; le dos sur la partie postérieure de la matrice lorsque c'est le côté droit, et sous la partie antérieure de ce viscère et au-dessus des os pubis, quand c'est le côté gauche.

Des indications que nous présentent ces différentes positions.

1568. L'indication générale que présentent ces diverses positions de l'enfant consiste à dégager les pieds pour l'extraire du sein de sa mère, et elle ne peut être contre-balancée par celle qu'on s'efforceroit vainement de remplir en voulant ramener la tête à sa situation naturelle. Quant à la manière d'opérer, elle doit être un peu différente dans chacune de ces positions.

Section II.

De la manière d'opérer les diverses espèces d'accouchemens où l'enfant présente un de ses côtés proprement dits.

De la manière d'opérer dans la première position des côtés.

1569. Quoiqu'il soit, en général, assez facile d'amener les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin et dans une situation des plus favorables à leur sortie, quand il présente l'un ou l'autre côté de la poitrine dans la première position indiquée au §. 1564, il vaut mieux aller prendre les pieds; parce que ce parti est plus sûr et le seul qui puisse épargner beaucoup de douleurs à la femme.

1570. Lorsque les eaux sont récemment écoulées, on introduira la main sous la hanche de l'enfant, en suivant la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce qu'on puisse saisir les deux pieds qui sont appliqués sur les fesses, et les entraîner, pendant qu'on appuiera de l'autre main sur le ventre de la femme, pour diminuer l'obliquité antérieure de la matrice et concourir, par ce moyen, à ramener le grand diamètre du corps de l'enfant dans la direction de l'axe du bassin. Ce procédé, qui est toujours facile à exécuter dans le moment dont il s'agit, peut présenter d'assez grandes difficultés quand les eaux sont évacuées depuis long temps, pour qu'on soit obligé de recourir au suivant.

1571. Dans ce cas, si c'est le côté droit qui se présente, on introduit la main droite vers la partie postérieure et latérale gauche de la matrice,

en suivant la hanche, et la cuisse de l'enfant pour parvenir aux pieds et les dégager successivement, comme dans la première position de l'épaule droite : et pour le reste on opère de même qu'à l'occasion de celle-ci. Lorsque l'enfant présente le côté gauche, il faut introduire la main gauche et aller prendre les pieds, en suivant la partie latérale droite de la matrice, comme dans la première position de l'épaule gauche.

De la manière d'opérer dans la seconde position de l'un et l'autre côtés.

1572. Lorsque le côté droit se présente dans la seconde position indiquée au §. 1565, on introduit la main gauche, en montant vers la fosse iliaque droite, jusqu'à ce que les doigts soient parvenus sur les pieds qu'on dégage alors comme on l'a prescrit à l'occasion de la deuxième position de l'épaule droite. Si l'on éprouve quelques difficultés à les amener au-dehors, on tire davantage, et même presque uniquement sur le pied gauche; pendant qu'on éloigne l'épaule de la base du sacrum, en la repoussant ou en la soulevant du bout de plusieurs doigts.

1573. Quand c'est le côté gauche qui se présente dans la position dont il s'agit, il faut introduire la main droite pour aller prendre les pieds; mais c'est en montant vers la fosse iliaque gauche, qu'on l'introduit alors, et en observant tout ce qui a été prescrit à l'occasion de la seconde position de l'épaule gauche.

De la manière d'opérer dans la troisième position de l'un ou de l'autre côté.

1574. Lorsqu'on opère, au moment de l'ouverture de la poche des eaux, l'accouchement où l'un des côtés se présente dans la troisième position, on y rencontre très-peu de difficulté, parce que l'enfant est encore peu serré dans la matrice, et qu'il

est aisé d'en aller prendre les deux pieds, en introduisant la main gauche jusqu'au-dessus de la fosse iliaque droite, où ils sont situés. Mais il n'en est pas de même toutes les fois qu'on n'est appelé qu'après ce moment, et qu'il y a long-temps que les eaux sont écoulées. Les obstacles qu'on y trouve alors sont en raison de la contraction immédiate de la matrice sur le corps de l'enfant, et le procédé qui vient d'être décrit n'est souvent ni le plus simple ni le plus sûr qu'on puisse exécuter.

1575. Nous pensons qu'il vaut mieux, dans cette circonstance, se conduire de la manière suivante. Lorsque c'est le côté droit qui se présente, on introduit la main droite dans la matrice, au-dessous de la poitrine de l'enfant, d'où on la dirige un peu obliquement vers la fosse iliaque droite, en passant sur la hanche et la cuisse droite de cet enfant, pour prendre d'abord le pied de ce côté et l'amener dans le vagin. Ensuite, on reporte cette main vers le second pied, pour le dégager au même point que le précédent et tirer presque uniquement dessus, dès qu'il sera descendu, tandis que, de l'extrémité de quelques doigts de la même main, on soulève l'épaule de plus en plus vers le devant du bassin, pour favoriser la rotation du tronc, la descente des fesses, et continuer d'opérer comme dans les autres cas.

1576. Il faut introduire la main gauche, et dans une autre direction, si l'on veut parvenir aux pieds de l'enfant, lorsque c'est la troisième position du côté gauche. On l'insinue sous la partie antérieure et latérale droite de la matrice, en sui-

vant la hanche et la cuisse gauche de l'enfant, jusqu'à ce qu'on puisse atteindre aux pieds, et l'entraîner en le faisant passer sur la poitrine de cet enfant, et derrière le pubis de la mère. On dégage ensuite le pied droit de la même manière; et c'est sur lui qu'on agit principalement dans le premier instant, pendant qu'on repousse du bout de quelques doigts, l'épaule qui est au-dessus du sacrum. On peut consulter pour le reste de l'opération, ce que nous avons dit à l'occasion de la troisième position de l'épaule gauche.

1577. Les diverses manières d'opérer les accouchemens où l'enfant présente l'un ou l'autre côté dans la quatrième position, sont les mêmes que celles que nous venons de décrire; si ce n'est qu'il faut exécuter ici de la main droite tout ce que nous avons conseillé de faire avec la main gauche pour la troisième position, *et vice versâ*.

De la manière d'opérer la quatrième espèce d'accouchement où l'un des côtés se présente.

1578. Lorsque les eaux ne feront que de s'écouler, on ira chercher les pieds de l'enfant en introduisant la main droite dans la matrice, et en la dirigeant vers la fosse iliaque gauche où ils se trouvent; et pendant qu'on les entraînera, on fera de la main gauche une pression convenable sur le côté droit du ventre, dans la vue de ramener plus facilement le grand diamètre du corps de l'enfant parallèlement à l'axe du bassin et de favoriser la descente des fesses.

1579. Quand les eaux sont évacuées depuis long-temps, l'enfant étant fortement serré dans la matrice, il faut introduire la main droite, en suivant une autre direction. Si c'est le côté droit de la poitrine qui se présente, on l'insinue d'abord sous la

partie latérale gauche et antérieure de la matrice, de manière qu'on puisse saisir le pied droit qui est au-dessus des os pubis, et l'entraîner dans le vagin en le faisant passer sur la poitrine de l'enfant, comme on le remarque à l'occasion de la quatrième position de l'épaule droite. Du reste on se conduit comme dans ce dernier cas, soit pour dégager le second pied, soit pour terminer l'accouchement.

1580. Lorsque c'est le côté gauche qui se présente, on introduit la main gauche dans un état de supination au-dessous de l'enfant, et en la dirigeant le long de sa hanche et de sa cuisse gauche, pour parvenir aux pieds et les dégager, comme dans la quatrième position de l'épaule gauche.

ARTICLE V.

Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente l'une ou l'autre hanche à l'orifice de la matrice.

Section première.

Des causes, des signes et différences de ces accouchemens, ainsi que des indications qu'ils nous offrent.

Des accouchemens où l'enfant présente l'une des hanches.

1581. Les hanches de l'enfant se présentent un peu plus souvent à l'orifice de la matrice que ne le font les parties latérales de la poitrine et du col, mais plus rarement que les épaules. L'obliquité de la matrice et la surabondance des eaux de l'amnios, sont des causes suffisantes pour donner lieu

à ces sortes de positions; soit que ces causes se rencontrent en même temps ou qu'il n'en existe qu'une seule.

1582. Nous ne reconnoissons la hanche de l'enfant qu'avec peine avant l'ouverture de la poche des eaux, parce qu'on ne peut alors parcourir une assez grande étendue de cette région pour rencontrer des caractères qui soient propres à dissiper notre incertitude; tels que la crête de l'os des îles, les dernières des fausses côtes, l'anus, etc.; l'espèce de tumeur que forme la hanche sur l'orifice de la matrice ressemblant beaucoup à celle que la partie latérale et supérieure de la tête y présente au tact, quand le cuir chevelu est un peu tuméfié. Chaque hanche peut se présenter de quatre manières différentes à l'orifice de la matrice.

Des positions dans lesquelles les hanches de l'enfant peuvent se présenter.

1583. Dans la première position, les fesses de l'enfant sont appuyées sur la marge du bassin, postérieurement et au-dessus de la base du sacrum, et la crête de l'os des îles est contre le pubis; mais de sorte que la poitrine répond au côté gauche de la matrice quand c'est la hanche droite qui se présente, *et vice versâ*. Cette position se rencontre plus fréquemment que les autres.

1584. Dans la seconde, qui est la plus rare, les fesses de l'enfant sont contre le pubis, sous la partie antérieure de la matrice, et la crête de l'os des îles répond au sacrum; de manière que la poitrine regarde le côté droit de la femme, quand c'est la hanche droite qui se présente, et le côté gauche lorsque c'est la hanche gauche.

1585. Dans la troisième position, les fesses de l'enfant sont placées sur le bas de la fosse iliaque

droite, et la crête de l'os des îles est tournée vers la gauche qui soutient alors le tronc; la poitrine répond à la partie postérieure de la matrice quand c'est la hanche droite qui se présente, et à la partie antérieure de ce viscère lorsque c'est la hanche gauche.

1586. Dans la quatrième position des hanches, les fesses sont situées sur la marge du bassin du côté gauche, et le corps de l'enfant est appuyé sur la fosse iliaque droite; la poitrine étant sous la partie antérieure de la matrice lorsque c'est la hanche droite, et sur la partie postérieure de ce viscère quand c'est la hanche gauche.

Des indications que nous présentent ces différentes positions.

1587. L'accouchement dans lequel l'enfant présente la hanche n'est pas toujours impossible sans les secours de l'art: il peut quelquefois s'opérer naturellement, ou moyennant les soins qu'exigent, en général, les accouchemens dans lesquels les fesses se présentent : ce que l'expérience nous a démontré plusieurs fois.

1588. Comme la présence de la hanche sur l'orifice de la matrice est toujours l'effet de la déviation du grand diamètre du corps de l'enfant relativement à l'axe du bassin, et que cette déviation peut elle-même être la suite de celle de la matrice ou de la grande quantité d'eau que contient celle-ci, elle peut disparoître dans les progrès du travail à mesure que ce viscère se contracte, et que les eaux s'en écoulent; de manière que la hanche s'éloigne du détroit supérieur, que les fesses viennent s'y présenter, et que l'enfant poussé par les seuls efforts de la mère peut s'engager et sortir.

1589. Si ce changement de direction, absolu-

ment nécessaire à la sortie de l'enfant, s'opère quelquefois comme de lui-même, ou bien au moyen de la situation qu'on fait garder à la femme pendant le travail, d'autres fois on ne peut l'obtenir qu'en introduisant la main dans la matrice : mais dans ce dernier cas on doit toujours dégager les pieds, et ne jamais se borner à ramener les fesses à l'entrée du bassin ; parce que cela est plus facile et plus sûr, et qu'on épargne d'ailleurs beaucoup de douleurs à la femme.

Section II.

De la manière d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente l'une ou l'autre hanche.

De la manière d'opérer les accouchemens de la première espèce où les hanches se présentent.

1590. Lorsqu'on a reconnu la position de la hanche qui constitue la première espèce de ces accouchemens, avant l'ouverture de la poche des eaux, il faut recommander à la femme de se tenir couchée sur le dos, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, et de rappeler les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin, dans une de leurs meilleures positions : ce qui leur permet alors de s'y engager et nous dispense d'introduire la main pour opérer ce déplacement.

1591. Toutes les fois que l'enfant est très-gros relativement à la largeur du bassin, que le travail dure depuis longtemps, ou qu'il existe des accidens, il est à propos d'aller saisir les pieds pour terminer l'accouchement : en supposant même que les fesses puissent revenir sur l'entrée de ce bassin, au moyen de la position de la femme,

comme on le voit au paragraphe précédent : puisque nous avons déjà recommandé de prendre ce parti dans le cas même où elles se présenteroient naturellement et de la manière la plus avantageuse. On introduira donc la main, en montant le long du sacrum, jusqu'au-dessus des pieds qui y répondent, pour les accrocher et les entraîner ; pendant qu'on exercera de l'autre main une pression assez forte sur le ventre de la femme, pour diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, qui a toujours lieu en pareilles circonstances.

1592. Quoique le choix de la main paroisse assez indifférent, il peut être utile cependant de préférer la droite quand c'est la hanche droite qui se présente, et la gauche lorsque c'est la hanche gauche ; parce qu'il sera plus facile d'aller prendre les pieds de l'enfant, si les jambes se trouvent alongées vers la poitrine comme on l'a observé plusieurs fois.

Accouchemens de la seconde espèce où les hanches se présentent.

1593. On ne doit rien attendre des efforts de la nature dans la seconde position des hanches : il faut introduire la main dans la matrice aussitôt que les parties de la femme y sont bien disposées, pour aller prendre les pieds. Si l'on éprouvoit trop de difficultés à dégager ceux-ci de dessus le pubis, ce qui arrive surtout quand les eaux sont écoulées depuis longtemps, il faudroit accrocher les genoux et les entraîner pour opérer l'accouchement : comme dans le cas où ces parties se présentent naturellement.

1594. Lorsque c'est la hanche droite qui s'offre dans cette seconde position, il faut introduire la main gauche vers la partie latérale droite et un

peu antérieure de la matrice, si l'on veut accrocher les genoux du bout des doigts, ou dégager les pieds : mais on se servira de la main droite dans la seconde position de la hanche gauche, et on observera de l'insinuer vers le côté gauche de la matrice.

Accouchemens de la troisième espèce où les hanches se présentent.

1595. Dans les accouchemens de la troisième espèce où l'enfant présente l'une des hanches, les fesses peuvent venir se placer à l'entrée du bassin et s'y engager, sans autre précaution que celle de faire coucher la femme sur le côté droit pour y incliner le fond de la matrice, qui est alors dévié vers le côté gauche. On peut obtenir le même avantage dans les accouchemens de la quatrième espèce, en faisant coucher la femme sur le côté gauche.

1596. Lorsque cette précaution ne suffit pas, ou que d'autres raisons ne permettent pas de se borner à ramener les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin, pour en livrer l'expulsion aux soins de la nature, il faut introduire la main gauche dans la matrice en montant au-dessus de la fosse iliaque droite, pour en dégager les pieds, quelle que soit la hanche qui se présente, dans la troisième position. On pourroit aussi se servir de la main droite, lorsque c'est la hanche droite, mais nous observons qu'on réussira un peu plus difficilement à saisir les pieds, qu'au moyen de la main gauche, et qu'il faudroit alors dégager ces extrémités comme on l'a prescrit à l'occasion de la troisième position du côté droit de la poitrine.

Accouchemens de la

1597. La main droite est préférable à l'autre dans la quatrième position des hanches. On l'in-

quatrième espèce où les hanches se présentent.

sinue vers la partie postérieure et latérale gauche de la matrice, en la dirigeant un peu du côté de la fosse iliaque, pour saisir les pieds qui y répondent, les dégager et terminer l'accouchement comme dans les cas précédens.

FIN DU PREMIER VOLUME.







